Nr. 47. 22. listopada 1936 Rok XV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prof. Dr Stanisław CIECHANOWSKI. Kraków.

Potrzeby nauk lekarskich w Polsce i ich zadania na usługach Państwa.

Streszczenie referatu wstępnego na pierwszym posiedzeniu Komitetu Medycznego Rady Nauk Ścisłych i Stosowanych w Krakowie w dniu 20 czerwca 1936 roku.

W żadnym dziale nauk ścisłych, tak fizyko-chemicznych, jak i biologicznych, a nawet w wielu naukach stosowanych nie można rozpatrywać potrzeb i zadań nauki ze stanowiska wyłącznie utylitarnego. Praktyczne zużytkowanie wyników ścisłych badań naukowych jest najczęściej przy podjęciu tych badań nieprzewidywane i z góry nie zamierzone, jest niejako produktem tylko ubocznym. Wystarczy tu przypomnieć z nowszych czasów takie przykłady z zakresu medycyny, jak promienie Roentgena, ciała promieniotwórcze, hormony, witaminy itd. To też rozważanie potrzeb nauk lekarskich nie może się ograniczać do postulatów, związanych z zadaniami praktycznymi, z bezpośrednimi usługami dla Państwa, ale musi objąć wszelkie braki, stojące na drodze należytemu rozwojowi tych nauk.

Rozpatrywane z tego stanowiska potrzeby nauk lekarskich w Polsce są jeszcze ciągle bardzo wielkie.

Najważniejszymi warsztatami naukowymi są tu uniwersyteckie Wydziały Lekarskie. Żaden jednak z naszych pięciu Wydziałów nie jest całkowicie wyposażony we wszystkie konieczne zakłady i kliniki, wiele zaś istniejących zakładów i klinik nie ma należytego pomieszczenia, dostatecznego personalu, aparatury, środków pieniężnych; niektóre nie mają nawet dostatecznego materiału do badań.

Przed kilku laty przedstawiłem wedle umyślnie zebranych wiadomości braki te szczegółowiej [1]), tu więc ograniczę się do ogólnego tylko ich zarysu. Na pięć Wydziałów lekarskich nie ma żaden osobnej kliniki tak ważnej, jak klinika chorób zakaźnych; większość — nie ma drugiej kliniki chorób wewnętrznych i drugiej kliniki chirurgicznej; żaden nie ma kliniki stomatologicznej dla chorych stałych, lecz tylko instytuty dla chorych przychodnich; żaden nie ma instytutu higieny i medycyny społecznej; w żadnym Wydziale nie jest klinika otologiczna oddzielona od laryngologicznej, a w większości Wydziałów nie jest klinika neurologiczna oddzielona od psychiatrycznej i instytut embriologii od instytutu biologii lub histologii.

Pomieszczone i wyposażone niedostatecznie, niekiedy nawet sprzecznie z elementarnymi zasadami, są co najmniej dwa zakłady fizjologii, dwa chemii lekarskiej, dwa biologii, dwa histologii, dwa anatomii patologicznej, jeden z instytutów bakteriologii, jeden patologii. Nie lepiej stoi sprawa klinik; większość klinik uniwersyteckich poza Małopolską nie ma własnych budynków, i mieści sie w szpitalach miejskich, lub innych, gdzieniegdzie w warunkach wprost złych, te zaś kliniki, które mają własny budynek, prawie bez wyjątku ustępują w urządzeniach nie tylko lecznicom prywatnym, ale nawet nowszym szpitalom Ubezpieczalni Społecznej.

Wyposażenie pracowni w aparaturę naukową poprawiło się znacznie w ostatnich latach, są jednak jeszcze i dziś pracownie, którym zbywa na niektórych niezbędnych przyrządach, a bodaj żadna z pracowni nie ma jeszcze kompletnej, standardowej aparatury.

Przed paru laty, przy redukcjach personelu instytutów i klinik uniwersyteckich, — który nie był nigdy zbyt liczny, — padły ofiarą nie tylko niektóre niezbędne asystentury (w jednej np. z klinik chirurgicznych zmniejszono ich liczbę do trzech), ale nawet katedry. Również środki pieniężne, od początku niedostateczne, zmniejszane są z roku na rok we wszystkich zakładach i klinikach. Możliwość badań naukowych ratują czasem tylko subwencje osobiście udzielane badaczom (np. z funduszu im. Tyszkowskiego), jednakże obdarzeni tymi subwencjami nie mają obowiązku oddawać tych zasiłków do dyspozycji żadnemu z zakładów uniwersyteckich. Najtrudniejszym jest zagadnienie środków pieniężnych na badania naukowe w klinikach, bo kliniki zostały przeważnie zepchnięte do roli instytucji zarobkowych dla uzyskania „samowystarczalności", zasadniczo sprzecznej z naukowymi i dydaktycznymi zadaniami tych zakładów uniwersyteckich. Ta fałszywa zasada „samowystarczalności" sprawia, że kliniki mają za mało materiału naukowego, bo nie mogą przyjmować takich chorych, których zgromadzenie jest niezbędne do badania pewnych zagadnień, ale muszą przyjmować przede wszystkim takich chorych, którzy za pobyt w klinice mogą zapłacić.

Wielki też ilościowy i jakościowy uszczerbek sprawiło i sprawia w klinicznym materiale naukowym utworzenie i dalsze mnożenie szpitali Ubezpieczalni Społecznych, wskutek czego przypływ chorych do klinik uniwersyteckich poważnie się zmniejszył. Ubytek ten w niektórych działach, jak np. położniczo-ginekologicznym, dochodzi niekiedy do rozmiarów prawie katastrofalnych. Nawet w niektórych zakładach anatomo-patologicznych jest materiał naukowy, moim zdaniem, bezwzględnie nie wystarczający.

Najsłabiej prawie ze wszystkich Wydziałów lekarskich są zaopatrzone właśnie te dwa Wydziały, które powinny być otoczone szczególną opieką, mianowicie: stołeczny — warszawski i najstarszy — krakowski. Wydział warszawski ma wskutek rozrzucenia zakładów i klinik w różnych punktach miasta utrudnioną współpracę naukową różnych działów; wskutek pomieszczenia sześciu tzw. teoretycznych zakładów lekarskich w głównym kompleksie uniwersyteckim są one narażone na ciasnotę i nieodpowiednie urządzenia; jeden zaś zakład, pomieszczony osobno, nader ciasny, zgoła nie odpowiada swemu przeznaczeniu. Z klinik Uniwersytetu Warszawskiego zaledwo niektóre mieszczą się we własnych budynkach. W Krakowie warunki pracy naukowej w Zakładzie chemii lekarskiej i w Klinice Laryngologicznej są fatalne, niewiele lepiej, w lokalach wynajętych w kamienicach czynszowych, gdzie są pomieszczone Zakłady histologii i biologii złączonej z embriologią, za ciasne są Klinika chorób wewnętrznych i chirurgiczna, Zakłady anatomii patologicznej i higieny, a Kliniki dermatologiczna i pediatryczna nie mają własnych budynków, lecz muszą współżyć ze szpitalem powszechnym.

Prócz klinik uniwersyteckich mogłyby być placówkami pracy naukowej większe szpitale publiczne i prywatne. Jednakże prócz niewielu wyjątków, o nich prawie mówić nie można, bo uwaga rządzących szpitalami czynników administracyjnych kieruje się wyłącznie zadaniami leczniczymi tych instytucyj, zadania zaś naukowe co najmniej przeocza. Przy tym — prócz niewielu największych szpitali — brak szpitalom zarówno odpowiednich pracowni naukowych, jak i wyszkolonego do tych pracowni personelu.

Samodzielnymi zakładami, w których prowadzi się badania naukowe w zakresie nauk lekarskich, są tylko Państwowy Zakład Higieny, Państwowy Centralny Instytut Wychowania Fizycznego i Instytut imienia Curie-Skłodowskiej, wszystkie trzy w Warszawie.

Powyższy pobieżny przegląd braków i niedostatków w wyposażeniu warsztatów pracy wskazuje sam przez się, jakie są potrzeby, które należałoby zaspokoić dla należytego rozwoju nauk lekarskich w Polsce.

Prócz tego jednak konieczne jest przygotowanie liczniejszego zastępu pracowników naukowych, który jest za szczupły i wzrasta nieproporcjonalnie powoli. Szczególnie niepokojący jest słaby przyrost tych pracowników w tak zwanych teoretycznych naukach lekarskich, zagrażający już wyraźnie brakiem kandydatów na stanowiska kierownicze, jakimi są w Polsce wyłącznie katedry uniwersyteckie. Do zaradzenia temu wiedzie droga dwojaka. Jedną z nich jest podniesienie poziomu wykształcenia ogółu studentów medycyny, z którego ma się rekrutować owa przodująca w nauce elita. Stąd znów wynika konieczność wyposażenia zakładów i klinik w pomieszczenia, urządzenia, środki, materiał i personal pomocniczy, aby w pełni mogły sprostać swym zadaniom nie tylko naukowym, lecz również dydaktycznym. Prócz tego potrzeba dostarczyć młodzieży w każdym dziale medycyny dobrych polskich podręczników, których przed laty jeszcze kilkunastu — prawie wcale nie było. Wprawdzie w ostatnim czasie nastąpiła tu znaczna poprawa, niemniej jeszcze

[1]) W XI tomie „Nauki Polskiej" oraz (z uzupełnieniami) w „Nowinach Społeczno-Lekarskich" z r. 1932.

i dzisiaj w niektórych działach brak oryginalnych podręczników polskich, lub są tylko niedokończone, albo przestarzałe.

Ze wzrostem poziomu wykształcenia ogółu lekarzy łatwiejszy będzie dobór pracowników, gruntownie przygotowanych do badań naukowych i uzdolnionych do samodzielnej twórczości. Temu jednak doborowi pracowników trzeba nie tylko umożliwić dokształcanie się przez zasiłki na studia zagraniczne, ale także trzeba im zapewnić choćby najskromniejszy byt, zanimby doszli do znośniejszych warunków przez uzyskanie stałego stanowiska. Wynagradzanie docentów, zwłaszcza w tzw. teoretycznych działach medycyny, nie dających absolutnie żadnych źródeł utrzymania, oraz tworzenie nadzwyczajnych katedr *„ad personam"* jest koniecznością, jeżeli przyrost młodych sił naukowych nie ma się zmniejszać.

Wobec tylu niezaspokojonych potrzeb nie możnaby się dziwić, gdyby nauki lekarskie w Polsce nie nadążały postępowi ich w bogatszych od niej krajach. Jednakże tylko znawca któregokolwiek z rozlicznych działów medycyny, sam w nim naukowo pracujący, miałby prawo do krytyki stanu tego działu i do oceny, czy w tym właśnie dziale nauka polska dotrzymuje kroku zagranicznej; nikt bowiem nie zdoła już dzisiaj ogarnąć całej olbrzymiej dziedziny nauk lekarskich. Ale choćbyśmy nawet w niektórych działach pozostawali w tyle, to niemniej zdumiewać musi, że w tak niekorzystnych warunkach, jak obecne, potrafi naukowa produkcja w medycynie polskiej wogóle osiągać taki rozmach i dochodzić do tego poziomu, jak gdyby „siły mierzyła na zamiary". Dzięki niezwykłemu wysiłkowi badaczy zwalcza polska nauka trudności, nieznane gdzie indziej. Należy jednak jasno zdawać sobie sprawę, że wykonanie *w pełni* wszystkich tych zadań nauk lekarskich, jakiego wymaga interes Państwa, zależy od stworzenia należytych warunków dla pełnego rozwoju tych nauk.

* * *

Prace, które w dziedzinie nauk lekarskich bądź podjęte być powinny, bądź już zostały rozpoczęte, ale wymagają rozszerzenia i pogłębienia, a które mają bezpośrednie znaczenie dla Państwa, wkraczają w zakres zagadnień ekonomiczno-gospodarczych i w zakres zagadnień obrony Państwa.

W zakresie ekonomiczno-gospodarczym zmierzać musi Państwo do podniesienia wydajności pracy swych obywateli i do zmniejszenia ciężarów, spadających na Państwo przez utrzymywanie osób niezdolnych do pracy wskutek choroby.

Oba te zadania zazębiają się ze sobą, a wypełnienie ich przez odpowiednią politykę społeczno-higieniczną należy w przeważnej części do organów administracji państwowej i samorządowej, zwłaszcza do administracji sanitarnej. Jednakże podstaw do tej polityki dostarczyć muszą badania naukowe.

Wydajność pracy ludności zależy od wielu czynników, ale elementarnym jej warunkiem jest z pewnością dostateczne i odpowiednie pożywienie i higieniczne warunki życia, wśród których wielką znów wagę ma sprawa mieszkania. Te same czynniki mają duże znaczenie w zapobieganiu gruźlicy, która wchodzi przede wszystkim w rachubę w utracie zdolności do pracy na czas długi, a której zastraszające szerzenie się w Polsce, teraz już także wśród ludności wiejskiej, jest wykładnikiem powszechnego niedożywienia i nadmiernego przepełnienia mieszkań.

Wyświetlenie stanu sprawy mieszkaniowej w Polsce, tj. zbadanie stopnia przeludnienia mieszkań, należy do czynników administracyjnych, a zadania naukowe, dotyczące poprawy warunków mieszkaniowych, są już dawno rozwiązane i nie wymagają nowych badań. Natomiast do poprawy żywienia się ludności niezbędne są między innymi naukowe, a na wielką skalę podjęte badania teraźniejszych warunków żywienia się, które są prawie zupełnie nieznane. Od pierwszych, nierozległych badań C y b u l s k i e g o i P e l t y n a, przed laty niemal pięćdziesięciu, sprawa ta leżała długo odłogiem i dopiero od kilku lat zaczęto się nią ponownie zajmować [2]), szczególniej co do ludności robotniczej. Równie ważne byłyby badania odżywiania się wsi, a może nawet ważniejsze, skoro ludność wiejska stanowi w Polsce znaczną większość mieszkańców. Poprawa żywienia się zależy nie tylko od zwiększenia ilości pokarmów, — obecnie przeważnie niedostatecznej, — ale także w znacznej mierze od należytego ich składu i stosownego przyrządzenia materiałów żywnościowych dla jak najlepszego wyzyskania ich przez organizm. Wśród przeważnej części ludności, zwłaszcza wiejskiej, nieumiejętność przyrządzania jest opłakana. Szkoły gospodyń wiejskich mogą ten stan poprawić pod warunkiem oparcia się o wyniki badań naukowych. Bez tego łatwo o szablon, niedostosowany do rzeczywistych możliwości ludu, do regionalnie odmiennych materiałów (np. kukurydza na południu kraju), do regionalnie różniących się od siebie zwyczajów, do krzyżujących się z poprawą odżywiania kierunków gospodarczych (odtłuszczanie mleka w mleczarniach spółdzielczych dla produkcji masła, a karmienie dzieci mlekiem odtłuszczonym itp.).

Nie tu miejsce na rozpatrywanie szczegółowe programu i organizacji badań żywienia się ludności. Badania te trudno jednak wyobrazić sobie bez udziału fizjologów i chemików fizjologicznych, a także bez udziału znawców spraw rolniczych i hodowlanych.

W związku ze sprawą żywienia się pozostaje zaopatrzenie w wodę, które wymaga również badań. Wiadomo, że są okolice, cierpiące na brak wody, że jest wiele wsi bez studzien, lub ze studniami wadliwymi, a wiele używa wody z potoków lub wód stojących. Zdaje się, że dotąd nie ma w tym względzie dokładnych cyfr, nie mówiąc już nawet o zbadaniu jakości wody, które byłoby potrzebne we wszystkich miejscowościach Państwa. Wykonane dotąd badania są dopiero drobną cząstką zadania; zdaje mi się, że aby prędzej dojść do celu, byłaby wskazana decentralizacja tych badań i rozszerzenie równocześnie zakresu działania administracji sanitarnej, do której, zdaje się, sprawa zaopatrzenia kraju w wodę, jak dotąd, nie należy.

Jednym z czynników, wpływających na wydajność pracy, jest z pewnością sprawność fizyczna. Trudno jednak spodziewać się wydatniejszych wyników wychowania fizycznego, mającego tę sprawność spotęgować, dopóki wychowanie fizyczne nie stanie się tak powszechne, jak np. w krajach skandynawskich, anglosaskich, a w ostatnim czasie w Niemczech, — przede wszystkim jednak, dopóki ludność nie będzie ilościowo i jakościowo należycie odżywiana.

W ścisłym związku z niedożywianiem i przeludnieniem mieszkań pozostająca gruźlica nie jest jedyną, choć jest najważniejszą przyczyną przewlekłej niezdolności do pracy. Oprócz niej obciążają państwo ekonomicznie jeszcze inne tak zwane „klęski społeczne", zmniejszające lub odbierające zupełnie zdolność do pracy albo zwyradniające ludność, jako to nowotwory (rak), alkoholizm, choroby weneryczne, w mniejszych rozmiarach choroby wywołujące utratę wzroku (jaglica), słuchu, natomiast w poważnym zakresie także tak zwane choroby zawodowe i kalectwo wskutek nieszczęśliwych wypadków przy pracy.

Pomimo ogromnych postępów wiedzy o gruźlicy pozostaje jeszcze szerokie pole do dalszych badań, mogących wpłynąć na sposoby zapobiegania i zwalczania tej choroby. Dość wspomnieć o nierozstrzygniętym dotąd zagadnieniu niewidzialnego zarazka gruźlicy, o sprawie usposobienia dziedzicznego, o nieukończonej ocenie niektórych środków zapobiegawczych (jak oddzielanie noworodków od matek gruźliczych, zwane „dziełem Calmette'a", szczepienie Calmette'owskie, ćwiczenia oddechowe itd.).

Badania chorób wenerycznych dążą dziś może raczej w kierunku, który na razie nie daje bezpośrednich wyników praktycznych, może je jednak dać w przyszłości i dlatego w interesie Państwa musi być kontynuowany.

Jaglica, główna przyczyna ślepoty, stoi przed ciągle jeszcze nierozwiązaną zagadką zarazka.

W badaniach raka wysila się nauka na wykrycie zespołu warunków, wywołujących tę straszną klęskę społeczną, a chociaż daleko jeszcze do rozwiązania tego zagadnienia, niemniej postępy lat ostatnich stopniowo doprowadzają do wykrycia takich czynników szkodliwych, których usunięcie może przynajmniej zmniejszyć częstość zachorowań wśród pracowników pewnych gałęzi przemysłu. Dalsze badania naukowe są w tym zakresie niezmiernie doniosłe. Oprócz sposobów zapobiegawczych, mogą one też z czasem przynieść nowe sposoby wczesnego rozpoznawania, a przez to i skutecznego leczenia raka.

Alkoholizm wymagałby badań naukowych w małym zakresie; ze względu na zatruwanie się ludności denaturatem potrzeba mianowicie wynaleźć takie środki denaturujące, któreby nie były szkodliwe dla zdrowia a uniemożliwiały picie alkoholu skażonego. Zresztą jednak jest sprawa alkoholizmu, jako klęski społecznej, beznadziejna, dopóki istnieje w Polsce nieszczęsny monopol spirytusowy.

Teren działania chorób zawodowych, z którym liczyć się należy głównie w naszym zagłębiu górniczo-przemysłowym (Śląsk i jego sąsiedztwo), a który rozszerzać się będzie w miarę uprzemysłowienia kraju i w miarę postępów technologii szczególnie chemicznej, — leży w Polsce, rzec można, odłogiem; badania tego działu powinny być koniecznie podjęte.

W powyższych zakresach mogą badania naukowe i oparte na nich działania praktyczne przynieść znacznie więcej pożytku Państwu pod względem podniesienia wartości fizycznej jego oby-

[2]) Obacz prace P a l u c h a („Zdrowie Publiczne" 1934 i „Gazeta Lekarska Śląska Polskiego" 1936); B i e g a ń s k i e j: („Statystyka Pracy" 1933, XII); O t r ę b s k i e j (tamże 1931, X).

wateli i wszystkich za tym idących korzyści, niż jakiekolwiek ustawy eugeniczne.

Pominąć tu można sprawę obniżenia śmiertelności, chociaż dla Państwa bardzo ważną i chociaż śmiertelność, zwłaszcza niemowląt i z chorób zakaźnych, znacznie zmniejszona dzięki wytężonej pracy administracji sanitarnej, nie spadła jeszcze w Polsce do pożądanego poziomu. W tym zakresie bowiem nauka podała już dostateczne wskazania i wytyczyła sposoby praktyczne, których wykonanie należy do dziedziny polityki społeczno-higienicznej i leży w ręku władz.

Natomiast potrzeba zwrócić uwagę na badania chorób podzwrotnikowych, dotąd w Polsce prawie zaniedbane, a doniosłe ze względu na polskie kolonie pozaeuropejskie, które już istnieją i siłą rzeczy muszą rozrastać się, mnożyć i usamodzielniać.

* * *

W sprawie obrony kraju są zadania nauk lekarskich po części te same, jak w sprawie podniesienia wydajności pracy i tężyzny fizycznej, wiążą się więc również z zagadnieniem żywienia się ludności. Przybywa tu jednak jedno jeszcze zadanie; licząc się z możliwością blokady żywnościowej, choćby częściowej, w razie wojny, należy podjąć badania, dotyczące niektórych środków zastępczych (namiastek, zwłaszcza w zakresie używek), ich wartości, wpływu na ustrój itd. Teren badań — w Polsce zupełnie nietknięty. W pewnym stopniu dotyczy to samo sprawy pewnych leków, niezbędnych dla armii i dla ludności, a czerpanych dotąd z zagranicy lub wyrabianych z surowców zagranicznych.

Dziedzina wychowania fizycznego, współdziałającego w podniesieniu stanu zdrowia i wzmożeniu tężyzny społeczeństwa, wymaga również jeszcze rozległych badań naukowych w interesie Państwa. Pamiętać należy, że dopiero ostatnie lat dziesiątki przyniosły początek prawdziwie naukowego opracowania tej dziedziny i że teren niezbadany jest jeszcze bardzo duży. Polska posiada trzy instytuty, gdzie to opracowanie naukowe może być, a po części już jest prowadzone i tym instytutom należy tę sprawę pozostawić.

Jednakże oprócz zadań wspólnych z zakresem ekonomiczno-gospodarczym wymaga obrona Państwa rozwiązania jeszcze zagadnień osobowych, sobie właściwych, to jest związanych z wojną.

Należy tu przede wszystkim zadanie przeciwdziałania obu czynnikom, zmniejszającym liczebność i wartość sił bojowych, to jest epidemiom wojennym i zranieniom bojowym. Co w obu tych zakresach zdoła zrobić nauka, pouczył przykład Niemiec w wojnie światowej. Zadaniem przeto koniecznym i potrzebą poprostu palącą jest przede wszystkim przygotowanie dostatecznej na wypadek wojny liczby doskonałych patologów-bakteriologów i chirurgów-operatorów oraz chirurgów-ortopedów. W zakresie bakteriologicznym duże znaczenie ma dokonana w ostatnich latach rozbudowa i decentralizacja oddziałów bakteriologicznych Państwowego Zakładu Higieny i prowadzone w centrali tego Zakładu badania naukowe bakteriologiczne i epidemiologiczne. Nie należy się jednak łudzić, że liczba tych oddziałów w razie wojny wystarczy i że dotychczas wykształcony zastęp patologo-bakteriologów nie okaże się wtedy za mały. O ile jednak do walki z epidemiami wojennymi jest Państwo choć w części przygotowane, to w zakresie chirurgicznym stan jest nie zadowalniający, a prawie fatalny w zakresie ortopedii, chociaż na niej polega przywrócenie wielkiej części rannych zdolności bojowej, a po wojnie — zdolności do pracy.

Potrzeba przeto znacznie zwiększyć zastęp patologów-bakteriologów, uzdolnionych do badań naukowych i tworzyć pracownie, któreby w razie wojny mogłby być od razu uruchomione, jako pracownie lotne, przystosowane do potrzeb wojennych. W tym celu powinny powstać przy każdym większym szpitalu (cywilnym) prosektury z pracownią bakteriologiczną, kierowane przez specjalnie wykształconych patologów-bakteriologów. Potrzeba również rozwinąć znacznie akcję kształcenia lekarzy w kierunku chirurgii wojennej oraz utworzyć katedry i kliniki ortopedyczne zdolne do samodzielnych badań naukowych i doskonalenia sposobów leczniczych. Godnym naśladowania wydaje mi się sposób, stosowany w wielu państwach przed wojną światową, aby zapewnić armiom jak największą liczbę chirurgów wysokiej miary; w tym celu przydzielano lekarzy wojskowych na kilka nawet lat do dużych uniwersyteckich klinik chirurgicznych na studia specjalne. Po doświadczeniach z wojny światowej powinno by się to samo stosować do klinik ortopedycznych. Niestety uniwersytety polskie klinik takich przeważnie nie mają dotąd, a liczba specjalistów-ortopedów jest w Państwie niezmiernie mała.

Konieczne jest wreszcie tworzenie — oprócz jedynego istniejącego — instytutów lub oddziałów, badających naukowo sprawę gazów bojowych i leczenia zagazowanych. Oddział taki ma powstać przy Zakładzie patologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, powinienby jednak powstać i w innych Wydziałach lekarskich.

Powyższy szkic nie wyczerpuje oczywiście wszystkich zadań, jakie nauki lekarskie w Polsce spełnić powinny na usługach Państwa. Objęcie całości tych zadań przekracza możność jednostki. Zadaniem powyższych uwag było też tylko stworzyć podstawę do dyskusji, która ma je rozwinąć i uzupełnić.

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr Tadeusz TEMPKA. Kraków.
Dr Zbigniew GODŁOWSKI.

Zapobiegawcze przeciwwolowe jodowanie w Polsce.

Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J.
Kierownik: Prof. Dr Tadeusz T e m p k a.

Część I.

Szereg krajów, w których nasilenie endemii wola przybiera większe rozmiary, starało się — ze względu na towarzyszące często wolowi objawy, przede wszystkim podczynności tarczycy — zapobiegać szerzeniu się tej endemii przez podawanie jodu szerokim warstwom ludności. Sprawa ta jest również dla Polski, a zwłaszcza jej południowych województw, wybitnie na czasie.

Ponieważ zagadnienie skuteczności, a tym samym potrzeby zapobiegawczego podawania jodu w dzisiejszym stanie wiedzy, bynajmniej nie jest rozstrzygnięte, przeto Krakowski Wojewódzki Urząd Zdrowia, w porozumieniu z Min. Op. Społ. zwrócił się do nas z wnioskiem przeprowadzenia na terenie Województwa Krakowskiego doświadczenia na większą miarę, którego celem miało być stworzenie istotnych podstaw dla zajęcia stanowiska co do skuteczności zapobiegawczego jodowania. Dowodem konieczności przeprowadzenia takiego doświadczenia w szerokim zakresie, jest rozbieżność stanowisk w tym względzie szeregu poważnych badaczy w krajach, gdzie sprawa endemii wola jest co najmniej tak ważna, jak i u nas w Polsce, a mianowicie w Szwajcarii, Austrii i Stanach Zjednoczonych.

Po raz pierwszy sprawa jodowania jako czynność zapobiegawcza przeciwwolowa wystąpiła na widownię w kraju najbardziej dotkniętym endemią wola, mianowicie w Szwajcarii, w roku 1922, początkowo tylko w kantonach Appenzell (12, 13, 14). Szwajcarska Rada Związkowa, opierając się na przeprowadzonych w następnych latach badaniach szeregu autorów szwajcarskich, jak Z e l l e r (16), W e g e l i n (15), d e Q u e r v a i n (4) i inni, wykazujących zasadniczo już to dodatnie wyniki zapobiegania endemii wola, już to niewykazujących żadnych szkodliwych następstw jodowania, — uchwaliła w 1929 roku wprowadzenie powszechnego jodowania w postaci podawania jodowanej soli kuchennej, zawierającej 5 mg KJ tj. 3.72 mg czystego jodu na 1 kg soli. Przyjmując, że zużytkowanie dzienne soli kuchennej dla dorosłego i zdrowego osobnika waha się od 5 do 10 g, a więc średnio 7 g, ilość dzienna jodu, stosowana zapobiegawczo w Szwajcarii wynosiła 0.0026 mg.

W sprzeczności z autorami szwajcarskimi widzimy już wybitną rozbieżność wśród badaczy austriackich co do celowości zapobiegawczego jodowania. Technicznie przyjęto w Austrii szwajcarski sposób jodowania z tym zastrzeżeniem (7, 8), że we Wiedniu znajdowało się w handlu tylko 32% do 47% soli jodowanej: poza tym ludność miała możność zakupu soli niejodowanej. Jedna grupa badaczy austriackich na czele z W a g n e r e m-J a u r e g g i e m (F a l t a, S c h l e s i n g e r, J. B a u e r, i inni (12)) widzi uzasadnienie stosowania tej czynności zapobiegawczej, opierając się na własnych dodatnich spostrzeżeniach. Również należy tu wspomnieć, że niektórzy, jak F a l t a (5), przyjmują jakąś swoistą nadwrażliwość ludności wiedeńskiej na jod, nie tak jak u osobników napływowych. Niejako przejście do grupy przeciwników tego stanowiska wśród autorów austriackich stanowią tacy, jak np. L i e b e s n y (6), którzy nie stwierdzają szkodliwości zapobiegawczego jodowania. Trzecią grupę, przeciwników zapobiegawczego jodowania, stanowią badacze z R a a b e m (7) na czele, którzy wręcz stwierdzali uszkodzenia jodowe w postaci przede wszystkim nadtarczyczności.

Obu tym grupom należy jednak postawić szereg zarzutów co do techniki zapobiegawczego jodowania. Tak np. W a g n e r-J a u r e g g, który stwierdził zmniejszenie się odsetku wolowatych o ± 0.25 do ± 0.5 w stosunku do liczby wolowatych przed jodowaniem, — posługiwał się materiałem bardzo jednostronnym, bo jedynie młodzieżą szkolną. Tak samo, przeciwnik jodowania,

Raab, posługiwał się dla celów swej statystyki także materiałem jednostronnym, i do tego osobnikami chorymi, mianowicie materiałem kliniki chorób kobiecych.

Nadto, za wyjątkiem S c h e r e r a (9), zwolennika jodowania, który w swych badaniach podawał ściśle określoną ilość jodu, mianowicie 1 mg jodu w tabletkach, raz tygodniowo, wszystkim innym autorom austriackim można zarzucić, że wyciągając wnioski, opierali się na niewiadomej; mianowicie w handlu we Wiedniu znajdowało się, jak już powyżej wspomniano, na ogólną ilość soli kuchennej jedynie 32 do 47% soli jodowanej, a wobec niemożności stwierdzenia, czy dany osobnik objęty statystyką używał soli jodowanej, czy też nie, wyciąganie wniosków w tych warunkach nie miało co najmniej istotnej podstawy.

Wreszcie co do autorów amerykańskich, należy podkreślić, że stwierdzali oni wprost objawy uszkodzenia jodowego u objętych leczeniem zapobiegawczym (wg W a g n e r a - J a u r e g g a); należy jednak nadmienić, że dawki jodu były tu 40-krotnie większe niż w Szwajcarii i Austrii, wynosiły bowiem 0.2 g NaJ na 1 kg soli.

względu, by wykazać przypuszczalny związek między tymi czynnikami, a występowaniem wola i zarazem wykonać pierwszą część tj. wstęp do zasadniczego badania, mającego na celu stworzenie podstawy do zajęcia stanowiska co do celowości jodowania zapobiegawczego. Druga zasadnicza część badania nastąpi dopiero po 5 latach, który to okres jest przeznaczony na przeprowadzenie doświadczalnego jodowania.

Spostrzeżenia nasze, zebrane obecnie, a tyczące się materiału doświadczalnego przedstawimy osobno, z każdej z wymienionych miejscowości. Dane statystyczne są uwidocznione na załączonej tablicy.

Co do materiału doświadczalnego w Złotnikach należy stwierdzić przede wszystkim stosunkowo nieznaczny, bo 15.9% osób wolowatych całkowitej ludności, przy czym wybitnie przeważają tu kobiety (76.4%). Nasilenie częstości niezależnie od płci stwierdza się w wieku od 20 do 40 lat, a więc w okresie pełni przejawów życiowych. Najczęstszym rodzajem wola spotykanym w Złotnikach jest wól rozlany, znacznie rzadziej gu-

Gmina: Złotniki, powiat Mielec,
zbadanych 952 osoby,
w tem ilość wolowatych 152 - 15.9 %.

Płeć / Ilość i %	Wiek: nowo rodk. Ilość	%	do 10 l. Ilość	%	do 20 l. Ilość	%	do 30 l. Ilość	%	do 40 l. Ilość	%	do 50 l. Ilość	%	ponad 50 l. Ilość	%	Wól: rozlany Ilość	%	guzowaty Ilość	%	naczyniowy Ilość	%	obj. pudc. Ilość	%	obj. psych. Ilość	%	zabur. płcio. Ilość	%	Schorzenia towarzyszące: płucne	narząd krążen.	narząd trawien.	przem. mater.	Typ konstytucjon. wg. Sigoud'a: mięśn. Ilość	%	oddechowy Ilość	%	trawienny Ilość	%	używki: różne Ilość	%	w tem eter Ilość	%
mężczyźni 36 = 23.6 %	0	0	7.0	4.6	14.0	9.2	5.0	3.3	5.0	3.3	4.0	2.6	1.0	0.6	34.0	22.4	2.0	1.4	0	0	1	0.6	1	0.6	0	0	5.0	1.0	0	0	20.0	51.2	16.0	13.5	2.0	23.3	20.0	13.1	0	0
kobiety 116 = 76.4 %	0	0	5.0	3.3	30.0	19.7	32.5	21.1	19.0	12.5	15.0	9.9	15.0	9.9	100.0	65.7	13.0	8.5	3.0	1.9	5	3.3	5	3.3	10	6.5	4.0	0	0	1.0	19.0	48.8	90.0	86.5	7.0	77.7	0	0	0	0
Gmina: Przysietnica, pow. N.Sącz. zbadanych 1118 osób. w tem ilość wolowatych 644 - 57.4 %.																																								
mężczyźni 315 = 48.9 %	8.0	1.2	17.0	2.7	58.0	9.0	87.0	13.50	63.0	9.8	40.0	6.2	42.0	6.5	220.0	342	85.0	13.3	10.0	1.5	105	16.3	90.0	13.9	18.	2.8	35.0	8.0	1.0	0	199.0	64.5	100.0	44.2	16.0	12.9	72.0	11.1	2.0	1.5
kobiety 329 = 51.1 %	7.0	1.0	16.0	2.4	40.0	6.2	63.0	9.7	70.0	10.8	80.0	12.4	53.0	8.2	242.0	37.6	74.0	11.4	13.0	2.0	98.0	15.2	65.0	10.0	31.0	4.8	14.0	6.0	1.0	0	95.0	35.5	126.0	55.8	108.0	87.1	61.0	9.6	51.0	37.6

Tabela osobników wolowatych.

Przytoczone powyżej rozbieżności zapatrywań na celowość zapobiegawczego jodowania dla endemicznego wola, mają niewątpliwie swe źródła, przynajmniej do pewnego stopnia, tak w dużej rozpiętości dawek jodu, jak też i posługiwaniu się tylko pewnym zbyt jednostronnym materiałem ludzkim, a nadto w nieodpowiedniej, bo uchylającej się spod kontroli, postaci jodowania. Wynika z tego prosty wniosek że, aby zająć jakieś istotne stanowisko co do poruszonego tu zagadnienia, należy się oprzeć na dużym doświadczeniu, któreby było, o ile możności, wolne od wspomnianych wyżej błędów. Mianowicie doświadczalne jodowanie powinno objąć całkowitą ludność co najmniej jednej, danej miejscowości, przy przestrzeganiu rzeczywistego jodowania ludności. Na tym też stanowisku stanął pierwszy, autor polski, St. C i e c h a n o w s k i (2).

Do przeprowadzenia tego doświadczenia przystąpiliśmy, jak na wstępie zaznaczono, z inicjatywy Krakowskiego Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia w osobie naczelnika Dra S a l a k a.

Jako teren badań obrano 2 wsi: Przysietnicę, w powiecie nowosądeckim, będącą siedzibą i przykładem górskiej endemii wola, oraz Złotniki, w powiecie mieleckim, jako siedzibę i przykład nizinnej endemii wola.

Badania nasze obejmują dwie części: pierwsza część obecnie uskuteczniona, miała na celu przebadanie i ugrupowanie materiału ludzkiego stanowiącego przedmiot doświadczalnego jodowania zapobiegawczego, tak co do częstości występowania u nich wola, jak i uwzględnienie całokształtu somatycznego i ich warunków życiowych. Na te szczegóły zwracaliśmy uwagę z tego

zowaty, a wprost znikomy odsetek stanowi wól naczyniowy. Zaburzenia czynnościowe tarczycy w postaci obniżenia jej czynności występowały w stosunkowo nieznacznym odsetku, bo zaledwie 3.9% wszystkich wolowatych i to tylko w bardzo lekkich postaciach, jak suchość i łuszczenie się skóry, czy też w postaci ledwo zaznaczonych objawów obrzęku śluzakowatego, ponadto należy zaznaczyć, że stwierdzone w blisko 4% wolowatych objawy psychiczne w postaci nieznacznego upośledzenia rozwoju umysłowego *(debilitas)* dotyczyły tychże samych osobników. Zaburzenia w zakresie narządów płciowych spotykane tylko u kobiet dotyczyły wadliwego miesiączkowania i wynosiły 5.5% wolowatych. Co do typu konstytucjonalnego u osobników objętych wolem, to u kobiet stanowiących 76.4% wolowatych, stwierdzono wybitną przewagę typu oddechowego, u mężczyzn zaś przewagę typu mięśniowego. Przytaczając ten szczegół, nie twierdzimy bynajmniej, że wymieniony typ konstytucjonalny stwarza swoiste tło dla powstawania wola, lecz czynimy to ze względu na ogólną charakterystykę materiału doświadczalnego.

Ponadto należy nadmienić, że 13.1% i to przede wszystkim męskich osobników wolowatych stosowało używki i to głównie w postaci nikotyny rzadziej zaś alkoholu.

Jako schorzenia towarzyszące stwierdzono tylko w nieznacznym odsetku zmiany narządu oddechowego w postaci przewlekłych nieżytów oskrzeli i rozedmy płucnej. Wreszcie co do ogólnej charakterystyki naszego materiału ludzkiego należy podkreślić, że sposób mieszkania i odżywiania się odpowiada stopie życiowej średnio zamożnego wieśniaka, stosującego pożywie-

nie mieszane z przewagą węglowodanów. Zawartość J w wodzie, glebie, roślinności i powietrzu, na razie nie jest znana.

Zestawiając tedy uwidocznione na tablicy ważniejsze momenty, a mianowicie stosunkowo niski odsetek wola, przewagę w endemii płci żeńskiej, występowanie wola w wieku przede wszystkim pełni przejawów życiowych, oraz nieznaczną ilość i jakość zmian podczynności tarczycy — przychodzimy do wniosku, że rozprzestrzenienie się i charakter wola występującego u ludności w Złotnikach posiadają cechy lekkiej endemii wola.

Zupełnie inaczej przedstawia się charakter i tło endemii wola w Przysietnicy, wsi rozciągającej się na stoku góry w granicach wysokości nad poziom morza około 400 do około 900 m. W związku z położeniem geograficznym należy zwrócić uwagę na ważny szczegół co do rozmieszczenia wola w tej wsi; mianowicie: w niżej położonych częściach występuje wól tylko w nieznacznym odsetku, nasilenie jego wzrasta w miarę wznoszenia się nad poziom morza, a największe nasilenie wola przypada na sam szczyt wzniesienia. Wieś ta jest przykładem skrajnej nędzy i towarzyszącego jej brudu i niechlujstwa (C w o j d z i ń s k a (3)). Co do tła tej endemii, należy podnieść, że według badań C w o j d z i ń s k i e j, zawartość jodu w trzech źródłach tej wsi waha się od 0.25 do 0.75 γ jodu w 1 l wody; ilość ta jest znacznie mniejsza od zawartości jodu wód okolic nieobjętych endemią wola tak np. woda Województwa Krakowskiego na terenach nieobjętych endemią wola zawiera średnio 2 do 3 γ jodu w 1 l wody (10, 11).

Pierwszym szczegółem rzucającym się w oczy jest tu wysoki odsetek wolowatych, wynosi bowiem 57.4%, przy czym obie płci są mniej więcej równomiernie objęte tym cierpieniem. Również co do wieku osobników dotkniętych wolem stwierdzamy wybitnie odmienne zachowanie się, niż w Złotnikach; wprawdzie i tu przeważają osobnicy w latach od 20 do 40, jednakże spotykamy tu już wól u noworodków w ilości do 1% i u osobników ponad 50 lat w ilości do 8%. Co do jakości wola to i tu przeważa wól rozlany.

Ze zmian czynnościowych tarczycy wolowatej należy na pierwszym miejscu wymienić bardzo znaczny, bo 31.5% osobników z jej podczynnością, i to od postaci najlżejszych aż do ciężkiego obrzęku śluzakowatego, przy czym u większości tych osobników, bo 24.2% występują zaburzenia psychiczne od nieznacznego niedorozwoju umysłowego *(debilitas)*, aż do zupełnego matołectwa (7%). Ze sfery płciowej występują w równej mierze u obu płci znaczne zaburzenia, dochodzące u mężczyzn do *impotentia coeundi et generandi*, u kobiet zaś przejawiające się całkowitą utratą albo brakiem miesiączek i całkowitą bezpłodnością. Ze schorzeń towarzyszących stwierdza się w 5% schorzenia płucne, w większości przypadków gruźlicze; schorzenia innych narządów nie odgrywają praktycznie żadnej roli. Zwracając uwagę na typologię wolowatych, stwierdzamy tutaj w równej mierze występujący typ oddechowy i trawienny u kobiet, zaś u mężczyzn podobnie jak w Złotnikach typ mięśniowy. Używanie alkoholu, nikotyny i eteru stwierdzono u 20.6% osobników wolowatych, przy czym połowę tego odsetku przypada na używanie eteru szczególnie dawniej [1]); podkreślić należy, że poza dwoma tylko mężczyznami, odsetek ten stanowią kobiety używające eteru, zaś nikotyny i alkoholu używają przeważnie mężczyźni.

Zestawiając te wszystkie cechy powyżej przytoczone endemii wola w Przysietnicy, a mianowicie wysoki odsetek wola, bardzo wybitny w tym udział płci męskiej, pojawianie się wola już u noworodków i w wieku ponad 50 lat, oraz ciężkie i częste objawy podczynności tarczycy z daleko posuniętymi zaburzeniami psychicznymi — możemy określić ten rodzaj endemii jako ciężki.

Przy zaliczaniu endemii złotnickiej do rzędu lekkich, a przysietnickiej do rzędu ciężkich, powodowaliśmy się jedynie częstością, jak i ciężkością objawów, nie uwzględniając żadnego ze znanych podziałów endemicznego wola, a przede wszystkim najbardziej znanego podziału A r n d t a (1), opartego na własnych badaniach, wykonanych na terenie Rosji; podziały te bowiem nie nadają się do przyjęcia w naszych warunkach. Na tymże też stanowisku stanął z polskich autorów St. C i e c h a n o w s k i (2). Tak np. A r n d t rozróżnia 3 typy endemii wola, mianowicie typ ciężkiej endemii górskiej wykazującej 70 do 100% wolowatych, typ lżejszych nizinnych endemji z 30 do 70% i wreszcie lekkich podgórskich wykazujących do 30% wolowatych. Według tego więc podziału należałoby ze względu na odsetek wolowatych zaliczyć endemię w Złotnikach do typu lekkich podgórskich, zaś endemię w Przysietnicy do typu lżejszej — nizinnej; ze względu zaś na nasilenie objawów należałoby endemię przysietnicką zaliczyć do typu ciężkiej górskiej. Natomiast takie cechy danej endemii jak stopień udziału w niej obu płci, pojawianie się wola u noworodków i w wieku starszym, wreszcie występowanie ciężkich zaburzeń psychicznych, służące A r n d t o w i za podstawę podziału, przyjęliśmy również i my przy klasyfikacji obu tych endemij wola.

[1]) W ostatnich czasach ludność Przysietnicy nie używa eteru.

Tak tedy przedstawia się charakterystyka tych dwu odmiennych typów endemii wola, w Złotnikach i Przysietnicy. Ukończyliśmy pierwszą, wstępną część naszego zadania; właściwym bowiem naszym zadaniem, jak to już na początku zaznaczyliśmy, jest stworzenie doświadczalnych podstaw dla zajęcia krytycznego stanowiska co do celowości wprowadzenia zapobiegawczego jodowania przeciwwolowego.

Podstawy tego doświadczenia, jakkolwiek wykazują pewne braki, gdyż uwzględniają tylko jedną warstwę ludności, jednakże mają daleko szerszy zakres, aniżeli podstawy, na których oparli się, jak wyżej wspomnieliśmy, autorzy obcy, uwzględniając tylko, już to jeden wiek np. szkolny, już to posługując się jednostronnym materiałem np. kobiecym i to chorym. Również sposób przeprowadzania jodowania w naszym doświadczeniu jest, nie tak jak jodowanie we Wiedniu, bezwzględnie ścisły i powszechny. W Województwie Krakowskim bowiem na terenie którego doświadczenie jest wykonywane, jest dopuszczona w handlu wyłącznie sól jodowana, zawierająca w 1 kg 5 mg KJ, a więc podobnie jak sól jodowana w Szwajcarii. Nadto należy nadmienić, że w Przysietnicy, mimo przeważnie panującej skrajnej nędzy, używa się powszechnie soli jodowanej, gdyż rodzinom nie mogącym sobie pozwolić nawet na zakup soli, Wojewódzki Urząd Zdrowia dostarcza jej bezpłatnie.

Ostatecznie możemy stwierdzić, że podstawy tego polskiego doświadczenia, natury społecznej, obliczonego na szerszą skalę, są rzeczywiście realne. Jakie wyniki da to doświadczenie, przedstawimy szczegółowo po okresie 5-letniego jodowania.

Piśmiennictwo:

1) H. J. A r n d t: Endokrinologie 1929. — 2) C i e c h a n o w s k i St.: P. G. L. 1934. Nr 8, 9, 10. — 3) C w o j d z i ń s k a I.: Zdrowie Publiczne. 1935. Nr 3. — 4) d e Q u e r v a i n: wg Wagner-Jauregga, Wien. Klin. Woch. 1928. Nr 26. — 5) F a l t a: Wien. Klin. Woch. 1931. Nr 8. — 6) L i e b e s n y: Wien. Klin. Woch. 1931. Nr 8. — 7) R a a b W.: Wien. Klin. Woch. 1931. Nr 10. — 8) R a a b W.: Wien. Klin. Woch. Nr 14. — 9) S c h e r e r: wg Wagner-Jauregga, Wien. Klin. Woch. 1928. Nr 26. — 10) S z m o l i s i M a r c i n k o w s k a-Ł o p i e ń s k a: Arch. Chemii i Farmacji. 1934. — 11) T u b i a s z S.: Warsz. Czas. Lek. 1934. — 12) W a g n e r-J a u r e g g J.: Wien. Klin. Woch. 1926. Nr. 6. — 13) W a g n e r-J a u r e g g J.: Wien. Klin. Woch. 1931. Nr 10. — 14) W a g n e r-J a u r e g g J.: Wien. Med. Woch. 1932. Nr 43, 44. — 15) W e g e l i n: wg Wagner-Jauregga. Wien. Klin. Woch. 1928. Nr 6. — 16) Z e l l e r: wg Wagner-Jauregga. Wien. Klin. Woch. 1928. Nr 6.

Dr S. HRYNKIEWICZ i Dr A. ROLECKI. Choroszcz.

W sprawie znaczenia poziomu bromu we krwi.

O wartości oznaczania bromu metodą Zondek-Bier-Romana.

Z Wojewódzkiego Szpitala dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Choroszczy.
Dyrektor: Dr. Stanisław D e r e s z.

Należy stwierdzić, że nie znamy bliżej *roli*, jaką odgrywa brom w organizmie ludzkim. Przypuszczać jedynie możemy, przez analogię chociażby do znaczenia innych halogenów, a więc chloru i jodu, że rola ta musi być bardzo doniosła. Stosujemy od bardzo dawnych czasów z doskonałym skutkiem sole bromowe jako jeden z najbardziej skutecznych środków leczniczych, zwłaszcza w schorzeniach układu nerwowego centralnego. Zrozumiałą jest rzeczą, że każda nowo opisana metoda oznaczania ilościowego bromu, była spotykana ze znacznym zainteresowaniem. Umiejętność oznaczania jego była przecież warunkiem koniecznym do bliższego poznania czynności i roli tego składnika. Większość opisywanych metod szybko znikała, ponieważ nie wytrzymywała próby życiowej.

Większe zainteresowanie niż jakakolwiek inna wywołała metoda opracowana przez W. R o m a n a w 1929 r., a zastosowana po dłuższych próbach wstępnych dla celów klinicznych przez H. Z o n d e k a i A. B i e r a. Pierwsze prace ogłoszone przez nich w roku 1932 i cały szereg dalszych w latach następnych, a zwłaszcza w 1933 roku, wywołały szerokie zainteresowanie, ze względu na bardzo rozległe horyzonty otwierające się przed klinicysta i fizjologiem przy nowym zrozumieniu roli bromu. Cały

szereg autorów na obu półkulach w różnych językach poświęca swoją uwagę sprawie określenia bromu, jego zachowaniu się w psychozie maniakalno-depresyjnej a później innych jednostkach chorobowych.

Najistotniejsze fakty ustalone co do bromu przez Zondeka i Biera oraz wszystkich następnych badaczy dadzą się ująć w zarysie następująco.

Normalna zawartość bromu we krwi u ludzi zdrowych jest dość stałą i wynosi 1,0 mg % (= 1000 γ %). Cyfry do 800 γ % nie wychodzą jeszcze poza normalne wartości, cyfry niższe świadczą o stanie patologicznym i to specjalnie w sferze *psychicznej*, ponieważ poważne schorzenia cielesne ze zmienioną przemianą chloru, jakie się widzi przy sprawach nerkowych, nie mają wpływu na poziom bromu.

Zawartość bromu nie zależy od pory roku, diety, wahań wzrostowych, takich stanów fizjologicznych jak miesiączka (Zondek i Bier). Jeśli chodzi o wpływ diety to specjalnie podkreślają oni, że nie wpływa zupełnie tutaj większa lub mniejsza obecność soli kuchennej w pożywieniu.

Badania poziomu bromu były przeprowadzone początkowo specjalnie w psychozie maniakalno-depresyjnej, a więc w schorzeniu *par excellence* dotyczącym sfery uczuciowej. Obniżone cyfry bromu w tej jednostce chorobowej bez względu na okres przygnębienia czy też podniecenia każą powiązać zaburzenia chorobowe w jakiś sposób ze zmienionym poziomem bromu.

Oczywiście samo takie stwierdzenie nie pozwalało na wyciągnięcie dalszych wniosków co do patogenezy cierpienia i roli bromu, to znaczy, że autorzy nie wypowiadali się czy wahania poziomu bromu są przyczyną, skutkiem, czy też zjawiskiem przebiegającym równolegle do zmian w stanie psychicznym.

Obserwacje późniejsze wykazały, że obniżenie bromu we krwi poprzedza niejednokrotnie na kilka do kilkunastu dni wystąpienie objawów chorobowych a powrót jego do normy poprzedza poprawę stanu psychicznego (Urechia i Retezeanu). Takie fakty mogłyby przemawiać za znaczeniem nawet przyczynowym między wahaniem poziomu bromu a nastrojem uczuciowym. Tym bardziej możnaby się z tym liczyć skoro uwzględnimy fakt stwierdzony przez Zondeka i Biera, że poziom bromu wraz z wiekiem stopniowo opada tak, że wreszcie *u starców* nie stwierdza się go zupełnie. A przecież wraz z wiekiem obniża się również intensywność życia afektywnego.

Nieco odrębne stanowisko w wyniku swoich badań zajmuje Klimke. Stwierdził on mianowicie, że z obniżeniem bromu we krwi ma iść w parze podniecenie, zwiększenie natomiast zawartości bromu ma wywoływać przygnębienie.

Obok tej roli regulatora stanów afektywnych życia psychicznego ma brom znaczenie decydujące w *mechanizmie snu* (Zondek i Bier).

Ośrodek przemiany bromu znajduje się w *przysadce*, w jej części przedniej; przysadka jednocześnie zawiera największy odsetek bromu, a w czasie snu przychodzi do przesunięcia się jego do *rdzenia przedłużonego*. Tak, że do rdzenia przedłużonego należałoby też, zdaniem autorów, przesunąć również i ośrodek snu. Rozumienie powyższe roli i znaczenia bromu Zondek i Bier udowadniają zadziałaniem leczniczym bromu w stanach zaburzonej równowagi afektywnej. Podawanie mianowicie bromu, tylko w małych ilościach niezjonizowanego, miało wpływać dodatnio na przyspieszenie poprawy w przebiegu klinicznym zarówno w stanie przygnębienia jak i podniecenia. Czyli należałoby liczyć się z istnieniem dość dużej analogii między psychozą maniakalno-depresyjną i bromem, a stanami obrzęku śluzakowego i rolą jodu w tych ostatnich. Przez analogię wreszcie z działaniem hormonów w zaburzeniach wydzielania tarczycy próbowano wyodrębnić hormon, zawierający w swoim składzie brom i uzyskano go rzeczywiście w postaci *„tetrabromdesjodothyroxiny“* a więc związku analogicznego do tyroksyny, gdzie brom zastępuje miejsce jodu. Preparat ten działa wybitnie nasennie, przy czym wprowadzenie go na drodze podpotylicznej miało działanie o wiele szybsze i dłużej trwające niż w jakikolwiek inny sposób.

Działanie o wiele wybitniejsze od preparatu syntetycznego uzyskano przez podawanie bezbiałkowego wodnego wyciągu z przysadki zawierającego brom.

Rzecz zupełnie zrozumiała, że takie rewelacje co do bromu wywołały żywe poruszenie. Przecież jeszcze w roku 1924 zaprzeczano obecności bromu w narządach organizmu!

Prace licznych autorów rozszerzają tylko dziedzinę stanów patologicznych, wykazujących odchylenia od normalnego poziomu bromu, nie wnoszą jednak w zasadzie nowych danych poza twierdzeniami wysuniętymi przez Zondeka i Biera.

Urechia i Retezeanu potwierdzają obniżenie się bromu w psychozie maniakalno-depresyjnej. Wartość ich wywodów obniża z góry metoda oznaczania przez nich stosowana. Mianowicie pracowali oni metodą Waltera, która jest dobra do porównania pewnych wartości ze sobą, ale nie nadaje się, naszym zdaniem, do określenia bezwzględnych wartości.

Ci sami autorowie używali metody Tod'a, i aczkolwiek stwierdzili mniejsze cyfry w psychozie maniakalno-depresyjnej w porównaniu z normą i psychozą rozszczepienną, to jednak nie uważali za możliwe zastosowania zachowania się poziomu bromu do celów różniczkowania.

W dalszych kilku swoich doniesieniach ostatecznie zajmują stosunek pozytywny do wyników Zondek-Biera i potwierdzają wywody tych ostatnich co do psychozy maniakalno-depresyjnej a ustosunkowują biernie do psychoz brzeżnych, gdzie zawartość bromu nie wykazuje większych odchyleń od normy. Podobnie Sacristan i Peraita w kilku doniesieniach potwierdzają wyniki Zondek-Biera w psychozie maniakalno-depresyjnej. W stanie maniakalnym stwierdzali 161 γ % — 685 γ % a w depresji 272—666 γ %.

Niektórzy autorowie przyjmując w zasadzie stanowisko Zondek-Biera wykazują w swoich badaniach odchylenia przy ocenie wpływu na poziom bromu różnych środków farmakologiczno-chemicznych, lub też przy ocenie niektórych stanów fizjologicznych. Kuranami wbrew twierdzeniu Zondeka o niezależności bromu od czynności gruczołów dokrewnych a zwłaszcza jajnika mówi o istnieniu *ścisłego* związku między wydzielaniem wewnętrznym a zawartością bromu we krwi. Stwierdził on *obniżenie* się bromu w okresie *miesiączkowania* a wzrastanie w czasie ciąży, zwłaszcza pod koniec ciąży, przy czym już w trzy tygodnie po porodzie brom wraca do normy. U noworodka bromu jest więcej niż u dorosłego. Dużo bromu w cukrzycy, chorobie Basedowa, mało w *struma simplex*.

Wstrzykiwanie tyroksyny, adrenaliny, hormonu jajnikowego zwiększają poziom bromu, a insuliny i pituitryny obniżają tak, że zachodzi swoisty antagonizm między przysadką i jajnikami.

Pilokarpina obniża ilość bromu, adrenalina zaś zwiększa.

Sól kuchenna obniża, o czym należy pamiętać przy oznaczaniu w poszczególnych wypadkach, ponieważ ta zależność od diety może być źródłem błędów i nieporozumień.

O wzmożeniu poziomu w chorobie Basedowa mówią i inni badacze (Jacobson), w napadach padaczkowych (Aragona), w napadach ocznych w przebiegu parkinsonizmu (Aragona, Sacristan i Peraita).

Biologia snu przy dzisiejszym stanie naszych wiadomości zarówno anatomicznych, histologicznych jak i humoralnych nie jest dokładnie znana. Przypuszczalnie sen służy do wprowadzenia stanu równowagi humoralnej i do zlikwidowania szeregu wtórnych produktów przemiany materii. Są pewne podstawy do przyjęcia, że ośrodki regulujące rytmikę czuwania i snu znajdują się w jądrach podstawy mózgu.

W każdym razie usunięcie kory nie zmienia charakteru i przebiegu snu. Wiemy, że sen ściśle się wiąże z określonym wiekiem, jednakże nie mamy odpowiedzi dlaczego organizmy znajdujące się w równowadze wzrostowej (ludzie starsi) sypiają mało, dzieci natomiast raczej budzą się tylko, aby zjeść i znowu zasypiają.

Podniesiona przez Zondeka i Biera rola bromu dla zachowania się snu może być specjalnie w dogodnych warunkach sprawdzona w *stanach zejściowych po zapaleniu nagminnym mózgu*.

Jak wiemy jedną z cech niezmiernie charakterystycznych dla tego schorzenia są zaburzenia snu. Stąd też pochodzi i nazwa (zapalenie śpiączkowe mózgu). Napadowe stany snu u chorych na chorobę Parkinsona dają możność lepiej niż gdziekolwiek indziej ustalić zachowanie się i rolę bromu we śnie.

W odróżnieniu bowiem od innych stanów przebiegających z zaburzeniem snu mamy w *status post encephalitidem lethargicam* wyraźnie zlokalizowane zmiany anatomiczne. Możnaby więc przypuszczalnie powiązać tu spotykane wahania poziomu bromu z *ogniskowymi zmianami histologicznymi*. Z tego właśnie względu zdecydowaliśmy się zbadać materiał szpitalny chorych na chorobę Parkinsona z punktu widzenia zachowania się bromu, zwłaszcza w niektórych stanach, jak *napadowa senność oraz napady oczne*.

To badanie tym bardziej zdawało się uzasadnionym, że nie posiadamy dzisiaj należytego wyjaśnienia dla powyższych stanów w świetle naszych wiadomości anatomiczno-fizjologicznych zapalenia mózgu śpiączkowego. Byliśmy świadomi zastrzeżeń podnoszonych przez cały szereg autorów co do wartości samej metody oznaczania bromu, o czym niżej, niemniej jednak i to krytyczne stanowisko potwierdzone było naszymi badaniami.

W paru słowach musimy przypomnieć zasadę metodyki Romana-Pincussena dla oznaczania bromu, według której przeprowadzali swoje badania Zondek, Bier i większość auto-

rów. Cały brom w badanej treści przeprowadza się przez spalanie w obecności silnego ługu (KOH *in substantia)* w bromki potasowe. Przez zadziałanie kwasu azotowego i następnie wody utlenionej na bromki uzyskuje się wolny brom, który wyciągamy do chloroformu i tam ten wolny brom miareczkujemy tiosiarczanem sodu w obecności skrobii, usuwając poprzednio wszystkie inne ciała utleniające wyciągnięte wraz z bromem do chloroformu.

To oczyszczenie chloroformu od ciał utleniających odbywa się na drodze wielokrotnego płukania chloroformu 6% roztworem soli kuchennej oziębionej od — 3° do — 6°. Płukanie przeprowadza się w lejku rozdzielczym, który dzięki swojej budowie ma z jednej strony umożliwiać łatwiejsze oddzielenie bromu od soli kuchennej, a z drugiej ma zapobiegać szybkiemu ogrzewaniu się przez przewodnictwo cieplne od rąk badającego itd. Sól kuchenna oziębiona od — 3° do — 6° ma wypłukiwać wszystkie inne ciała utleniające za wyjątkiem bromu. Nie powinno również przyjść do zamrożenia roztworu soli kuchennej, ponieważ straci się wówczas brom. Przemywanie więc wyciągu bromu chloroformem musi odbywać się bardzo *dokładnie* i jednocześnie *szybko*, ponieważ braki w jednym lub drugim kierunku wpływają decydująco na dokładność określenia. Zobaczymy niżej, czy można zachować oba te warunki. Przepłukiwanie należy przeprowadzać aż do chwili, kiedy w soli używanej do płukania nie stwierdzimy niebieskawo-pomarańczowego zabarwienia po upływie jednej minuty od dodania do niej kilku kryształków jodku potasu, 3—4 kropli świeżej 1% skrobii i kilku kropli rozcieńczonego kwasu solnego. Brak tego zabarwienia po upływie jednej minuty stwierdza, że w chloroformie nie ma innych substancji utleniających poza bromem.

Teraz przystępuje się do miareczkowania bromu. W tym celu dodaje się do chloroformu kilka kryształków jodku potasu, 2—3 krople skrobii i po silnym zmieszaniu zjawia się obecnie niebieskawo-pomarańczowe zabarwienie w razie obecności bromu. Dodaje się kroplami z mikrobiurety tiosiarczanu sodu 1/1000 N lub 1/2000 N aż do ustąpienia zabarwienia. Jeden cm³ tiosiarczanu 1/1000 N odpowiada 79,9 miligramom bromu. W warunkach normalnych musimy użyć około 0,1 cm³ celem odbarwienia chloroformu, oczywiście mniej w wypadku zmniejszenia zawartości we krwi bromu.

Zastosowaliśmy technikę używaną przez Z o n d e k a i B i e r a uwzględniając zmiany i uzupełnienia zalecane przez B i e r a i R o m a n a a podane w 1933 r. Zdążając do uzyskania pewnych wyników i chcąc jednocześnie sprawdzić wartość każdego poszczególnego badania, przeprowadziliśmy oznaczanie wielokrotne w jednej próbce.

Przez wielokrotne oznaczanie chcieliśmy wykluczyć przypadkowe błędy. Wpływ stania bromków przed płukaniem po spaleniu krwi musiałby być jednokierunkowy i wpływ jego dałby się wykluczyć właśnie przez wielokrotne oznaczanie.

Wyniki uzyskane przez nas przedstawia poniższa tablica.

W 8 przypadkach przeprowadzono 55 oznaczeń pobierając 22 razy krew. W poszczególnej krwi oznaczano brom od 1—4 razy. Wahania wielkości oznaczonego bromu w tej samej krwi wynoszą od 799 γ % do 2796 γ %, przy czy kolejne oznaczania w poszczególnym wypadku przedstawiają się np. następująco: 1) 796 γ % (3402 γ %), 2) 2.919,9 γ % (1315 γ %), 3) 2397 γ % (4146 γ %), 4) 939,9 γ % (1597 γ %) — (pierwszy przypadek).

W przypadku VIII kolejne oznaczenie w tej samej próbce dało wyniki mniej od siebie odbiegające, bo tylko: 1) 789,1 γ % (1038,2 γ %), 2) 729,1 γ % (1215,2 γ %), 3) 529,7 γ % (735,8 γ %), niemniej jednak różnice między liczbami w nawiasach wychodzą już poza cyfry zawartości bromu, uważane za normalne.

Musimy w tym miejscu określić co oznaczają liczby zawarte w nawiasach. Otóż przypomnieć należy, że do wyciągania bromu używamy 10 cm³ chloroformu. W tych 10 cm³ mamy całkowitą ilość bromu zawartą w 1 cm³ krwi. W czasie płukania chloroformu tracimy pewną jego ilość a jednocześnie oczywiście i pewną ilość bromu. Pierwsza liczba oznacza procentową ilość bromu w 1 cm³ krwi, obliczoną z miareczkowania pozostałego po płukaniu chloroformu zawierającego wolny brom (bezwzględna ilość bromu). Drugą liczbę uzyskaliśmy w ten sposób, że odmierzało się *po wypłukaniu chloroformu,* i miareczkowało się w nim brom. Po określeniu bezwzględnej zawartości bromu w tej ilości chloroformu, procentową zawartość obliczało się w stosunku do poprzedniej jego objętości — 10 cm³.

Np. w przypadku I oznaczono bezwzględną ilość bromu (badanie 2 z 3 — II) o zawartości 919,9 γ % w 6,9 cm³ chloroformu, ponieważ 3,1 cm³ chloroformu ulotniło się i straciło w czasie płukania. Po przeliczeniu uzyskanej wartości 919,9 γ % w stosunku do 10 cm³ a więc uwzględnieniu straty bromu o tej samej zawartości % w 3,1 cm³ chloroformu straconego uzyskaliśmy drugą liczbę 1315 γ %. Jak z tego wynika ta druga liczba oczywiście jest bliższa rzeczywistości.

Wyciągnięcie jakichkolwiek wniosków w świetle uzyskanych wyników wydaje się *niemożliwym.* Taki wynik może wskazywać albo na brak opanowania i zrozumienia metodyki i techniki albo też na braki w samej metodyce i technice. Oczywiście przede wszystkim musieliśmy postawić pytanie, czy nie popełniamy jakiegoś *błędu.* Sprawdzanie wielokrotne stosowanej przez nas techniki w porównaniu z oryginałem stwierdziło, że jesteśmy zgodni całkowicie ze wskazówkami udzielanymi przez autorów. Zresztą stała technika zdobyta w kilkudziesięciu oznaczaniach musiałaby dawać te same błędy, tymczasem jak widzimy z cyfr (przypadek pierwszy) zachowują się one zupełnie zmiennie. Z wielu błędów, albo niedokładności w podawanej technice oznaczania bromu, które zwróciły naszą uwagę, podkreślić należy niektóre, które nie były dotychczas, zdaje się, podnoszone.

	Data		Liczba I	Liczba II
Przypadek I.				
Sz. E., lat 23, L. ks. 1416	26. XI.		4165,4 γ %	
Leków nie otrzymuje	28. I.		898,9 γ %	1215,0 γ %
	3. II.	a)	2796,5 γ %	3402,0 γ %
		b)	919,9 γ %	1315,0 γ %
		c)	2397,0 γ %	4146,0 γ %
		d)	939,9 γ %	1597,0 γ %
	13. II.		799,0 γ %	1326,3 γ %
Przypadek II.				
D. Z., lat 25, L. ks. 2757	15. I.		569,3 γ %	769,3 γ %
Leczenie atropiną	14. II.		399,5 γ %	703,0 γ %
Przypadek III.				
B. M., lat 30, L. ks. 789	26. XI.		1805,7 γ %	
Otrzymywała brom	2. XII.		2936,3 γ %	3968,0 γ %
i walerianę	13. II.		291,9 γ %	467,0 γ %
Przypadek IV.				
P. H., lat 24, L. ks. 640	12. XII.		1383,0 γ %	2608,5 γ %
Leków nie otrzymuje	28. I.		822,9 γ %	1645,9 γ %
	3. II.	a)	799,0 γ %	1134,6 γ %
		b)	399,5 γ %	679,2 γ %
Przypadek V.				
G. St., lat 32, L. ks. 2234	15. I.		1346,2 γ %	2608,5 γ %
Leczenie atropiną	14. II.	a)	459,5 γ %	955,7 γ %
		b)	259,9 γ %	371,0 γ %
Przypadek VI.				
Ł. W., lat 34, L. ks. 224	10. XII.		1238,5 γ %	
Leków nie otrzymuje				
Przypadek VII.				
K. Wł., lat 30, L. ks. 947	18. XII.		519,4 γ %	653,2 γ %
Leczenie atropiną				
Przypadek VIII.				
K. Z., lat 31, L. ks. 971	18. XII.	a)	789,1 γ %	1038,2 γ %
Leków nie otrzymuje		b)	729,1 γ %	1215,2 γ %
		c)	529,7 γ %	735,8 γ %
	10. I.		579,9 γ %	1739,7 γ %

Liczby oznaczone literami a, b, c i d podają wartości bromu uzyskane z tej samej próbki krwi przygotowanej do wyciągania Br.

Badanie przeprowadzono w odstępach kilkudniowych.

Wogóle oznaczanie jest bardzo żmudne i uciążliwe, zabiera b. dużo czasu. Przy płukaniu chloroformu w oziębionej soli kuchennej powstaje trudność prawie nie do pokonania. Użycie oryginalnego lejka rozdzielczego, proponowanego przez P i n c u s s e n a pociąga za sobą powolne osadzanie się chloroformu. Jeśli będzie się czekało aż cały chloroform osiądzie, wówczas sól ogrzeje się powyżej — 3° a przez to brom może przejść z chloroformem do soli i zostanie wyrzucony wraz z płynem. Jeśli natomiast nie będzie się czekało aż cała sól osiądzie, to znowuż wyrzucimy wraz z solą zawiesinę chloroformu, a jednocześnie przez to i brom z chloroformem. Jeśli silniej oziębić sól, aby zyskać na czasie przy płukaniu, to narazimy się na zamrożenie a przez to znowu na stratę bromu.

Jeśli wreszcie wypłuczemy brom, to przy miareczkowaniu jesteśmy narażeni na niedokładne oznaczenie używając tiosiarczanu, ponieważ nie mamy możności sprawdzenia zmiany zabarwie-

nia kropelek zawieszonych ponad chloroformem. Doświadczenie osobiste posiada wprawdzie znaczenie decydujące, niemniej jednak w tych warunkach doświadczenie nie ma gruntu pod nogami i dlatego nie możemy uzyskać wyników pewniejszych. W tym świetle stają się zrozumiałe fakty, że nawet w warunkach pracowni Pincussena oznaczanie prowadzone przez Biera na materiale przysłanym przez Holtza i Roggenbaua dały wyniki zupełnie *nie odpowiadające* rzeczywistości. Również Bier oznaczał materiał badany i ustalony przez Hahna i Freseniusa i okazało się, że w próbce krwi, gdzie chory otrzymywał brom, a więc gdzie należało oczekiwać wzmożenia zawartości bromu określono go na 0,741 mg %, czyli otrzymano prawie patologiczne już cyfry. Praktycznie zatem sami twórcy metody nie potrafią otrzymać dokładnych wyników swoją metodą. Inne metody stosowane przez niektórych badaczy przy oznaczaniu bromu w przysadce nie wykazały go (Serbescu, Buttu), albo też normalne cyfry bromu dla mężczyzn wynosiły 0,6—2,0 mg %, a dla kobiet do 2,5 mg % (Hennely). Valdecasas pracując na roztworach soli nieorganicznych miał błędy sięgające 10—15%, natomiast przy oznaczaniu we krwi lub tkankach organizmu błędy sięgały do 40%, co mogliśmy sami potwierdzić badając roztwory nieorganicznych soli bromu. Chemicy (Hahn, Fleischhacker i inni) podnoszą tu jeszcze cały szereg zarzutów teoretycznych, jak przede wszystkim fakt, że nie można *wszystkich bromków* przeprowadzić w wolny brom przez zadziałanie kwasu i wody utlenionej. Dalszy zarzut dotyczy faktu, czy rzeczywiście tylko ciała utleniające wypłukuje się przez sól oziębioną z chloroformu i czy jednocześnie również brom nie zostanie wypłukany (Hahn). I jak doświadczenie wykazuje, oba teoretyczne zastrzeżenia niestety są całkowicie *słuszne.*

Wobec powyższego, wszystkie przypuszczenia Zondeka i Biera oraz całego szeregu autorów, którzy za nimi stwierdzili obniżenie albo zwiększenie poziomu bromu w poszczególnych stanach i poszczególnych jednostkach chorobowych, jeśliby nawet były słuszne, nie mają żadnych podstaw istnienia tych odchyleń. Musimy czekać na dokładną i pewną metodę oznaczania bromu a wówczas można będzie ustosunkować się w sposób pozytywny do przypuszczalnej roli regulatora stanów afektywnych, snu itp., bromu.

Streszczenie.

Autorowie zbadali 8 przypadków parkinsonizmu po zapaleniu mózgu na zawartość bromu we krwi metodą Zondek-Bier-Romana. Wielokrotne badania w poszczególnych przypadkach, w tej samej próbce krwi dały bardzo od siebie różniące się wyniki. Fakt ten czyni niemożliwą ocenę pozytywną znaczenia i roli bromu w tych stanach. Również w świetle piśmiennictwa należy ocenić metodę, jako nie nadającą się zupełnie do oznaczania bromu. Wnioski przeto podawane przez Zondeka i Biera gdyby nawet miały być słuszne, nie mają podstawy objektywnej. Należy czekać z oceną ich do czasu opracowania metody dokładnej i pewnej dla oznaczania bromu.

Piśmiennictwo:

1) Aragona: Riv. Pat. Nerv. 45. 1935. — 2) Bier, Roman: Klin. Wschr. 1933. — 3) Fleischhacker, Scheiderer: Klin. Wschr. 1932. — 4) Ci sami: Mschr. Psych. 84. — 5) Fleischhacker: Klin. Wschr. 1933. — 6) Hahn Fr.: Klin. Wschr. 1933. — 7) Harnik, Kamm B.: Z. f. d. g. N. u. P. 142. — 8) Holtz, Roggenbau: Klin. Wschr. 1933. — 9) Hennely, Yates J.: Ment. Sc. 81. Ref. Zbl. 77. — 10) Jacobson: Presse Méd. 1935. — 11) Klimke: Dtsch. med. Wschr. 1932. — 12) Kuranami: J. of Bioch. 18. Ref. Zbl. 73. — 13) Pincussen: Klin. Wschr. 1932. — 14) Tenże: Klin. Wschr. 1933. — 15) Roman: Bioch. Zschr. B. 207. — 16) Serbescu, Buttu: Bull. Acad. Méd. Paris 111. Ref. Zbl. 72. — 17) Sacristan, Peraita: Klin. Wschr. 1933. — 18) Ci sami: Archiv. Neurol. 13. Ref. Zbl. 69. — 19) Terajewicz, Syrota: Rękopis ref. wygłoszonego na XIII Zjeździe przyr. i lekarzy polskich. — 20) Urechia, Retezeanu: C. r. Soc. Biol. Paris 112. — 21) Ci sami: C. r. Soc. Biol. Paris. 115. — 22) Ci sami: Presse Méd. 1935. — 23) Valdecasas: Rev. espan. Biol. Ref. Zbl. 70. — 24) Zondek, Bier: Klin. Wschr. 1932. — 25) Ci sami: Klin. Wschr. 1933. — 26) Ci sami: Sow. Newropatoł. T. I. wyp. 8. — 27) Ziegelroth: Arch. of. Psych. 99. Zbl. 68.

Dr A. ABDAŃSKI i Dr Józef LANDSBERG. Krzemieniec.

Rzadki przypadek śluzaka wargi większej.

Z Oddz. Chir. Szpitala Pow. w Krzemieńcu.
Dyrektor: Dr A. Abdański.

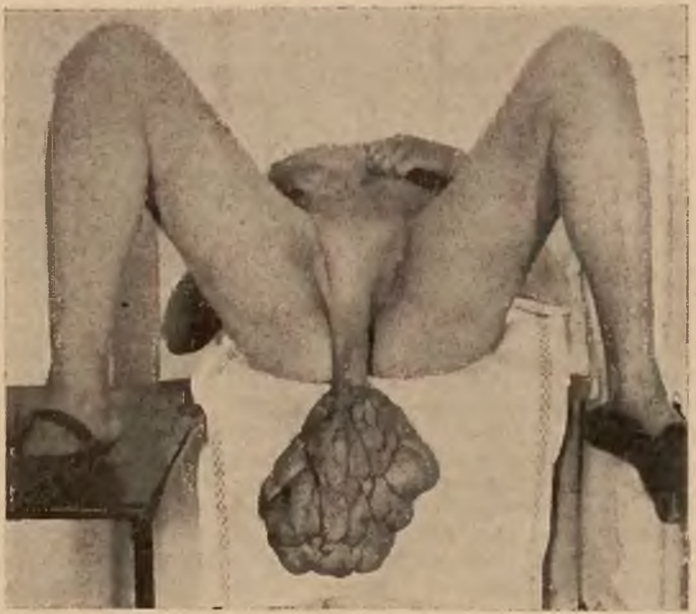
W dostępnej nam literaturze nie mieliśmy sposobności spotykać się częściej ze śluzakami warg większych, za wyjątkiem publikacji Fischera, dotyczącej tego przedmiotu (*Ann. of Surg.* 1919, nr. 6). Dlatego wydaje się nam uzasadnione ogłoszenie następującej historii choroby:

Dnia 8 lipca br. zgłosiła się do tut. Szpitala chora O. A., lat 28, żona rolnika (l. k. gł. ch. 587/36), skarżąc się na obecność dużego guza w okolicy narządów rodnych, utrudniającego jej



Ryc. 1.

chodzenie i pracę. Powstawanie owego guza zauważyła po swym zamążpójściu przed około 6 laty. Po ostatnim porodzie — przed około 2 miesiącami — guz zaczął się gwałtownie rozrastać, co skłoniło chorą do szukania pomocy lekarskiej.



Ryc. 2.

Stan obecny: Chora wzrostu średniego, dobrej budowy i odżywienia, nie wykazuje zmian w zakresie skóry i błon śluzowych, od zewnątrz widzialnych. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej oraz krążenie prawidłowe. Kościec oraz układ nerwowy odchyleń od normy nie wykazują.

Stan miejscowy: W pozycji stojącej chorej (ryc. 1) stwierdza się na szypule, kształtu lejkowatego, powstałej z wyciągnięcia skóry wargi większej prawej, guz, zwisający między uda-

mi chorej, sięgający poniżej jej kolan. Kształt guza owalny, budowa zrazowata, wymiary 23 × 26 × 19 cm. Spoistość guza elastyczna, barwa szarawa. W pozycji leżącej chorej (ryc. 2) szypuła nakrywa zupełnie wejście do pochwy.

Chorej zaproponowano zabieg operacyjny, na co chora się zgodziła. Po stwierdzeniu, że w szypule nie ma żadnego narządu jamy brzusznej, szypułę wraz z guzem odcięto w znieczuleniu miejscowym od wargi większej, ranę zeszyto i zaopatrzono. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, chora po 7 dniach opuściła Szpital wyleczona. Waga guza 2 kg 900 g.

Badanie drobnowidowe: Badany guz zbudowany jest przeważnie z typowej tkanki śluzowej o gwiaździstych komórkach. Miejscami stwierdza się ogniska, ciemniej się barwiące, wykazujące silnie obrzękłą tkankę łączną, ulegającą śluzowaceniu. W tych ogniskach widać obfite naczynia krwionośne oraz nieco nacieków zapalnych dookoła naczyń. Rozpoznanie drobnowidowe: śluzak. *Myxoma*. (Dr Schusterówna. Serowac l. 2537/521).

Śluzaki należą do nowotworów rzadszych. Sposób ich powstawania nie jest dotąd jednolicie wyjaśniony. Jedni (B o r s t) wierzą w możliwość przemiany wstecznej guzów łącznotkankowych w okresie ich wzrostu w tkankę śluzakowatą, inni (R i b b e r t) są skłonni do przyjęcia, że chodzi tu o rozrost odpryśniętej tkanki śluzakowatej z okresu płodowego. Mogą one występować też w postaci mieszanej jako śluzako-tłuszczaki, -chrzęstniaki, -kostniaki itp., mogą być skąpo lub obficie unaczynione. Mimo swego dobrotliwego charakteru, stoją śluzaki na pograniczu między nowotworami dobrotliwymi i złośliwymi. Powinno się też je zasadniczo usuwać. Mają dużą skłonność do nawrotów, do 35 razy w ciągu 7 lat (T a p i e n cyt. wedle N o r d m a n n a). Umiejscowienie ich może być bardzo rozmaite: na pępku, sieci, kościach, poduszeczce Bichata, grasicy, tkance podskórnej, sznurze nasiennym, pęcherzu, torebce nerkowej, opłucnej, układzie nerwowym.

Usunięcie śluzaka w opisanym przez nas przypadku było uzasadnione możliwością jego zwyrodnienia złośliwego i przeszkodą, jaką stanowił dla chorej guz, o stosunkowo znacznym ciężarze, przez swe umiejscowienie. Przeszkoda taka mogła też chorą wytrącić z równowagi psychicznej a nawet być podstawą zwad małżeńskich. Podziwu godna jest też cierpliwość chorej, która na zabieg mały i niewinny zgodziła się dopiero po 6 latach małżeństwa i 3 odbytych porodach.

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie. Z. 21. 1936. D ł u g o s z H.: Leukotropina w nieżycie dróg moczowych. — M a k o w i e c J.: Niezwykły przypadek samobójstwa. — G ó r s k i M.: Witamina C i jej poziom w moczu. — W i ń s k i J.: Znaczenie badania rentgenologicznego dla kliniki ropnych spraw płucnych. — K a r a s i ń s k i St.: Sprawozdanie ze Zjazdu Międzynarodowego w sprawie ochrony zdrowia studentów.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 41. 1936. B i r o M.: Choroba Tay-Sachsa (dok.). — C h r z a n o w s k i J. i S t i l l e r A.: Dwa przypadki naprzemiennego zablokowania lewej i prawej gałązki pęczka Hisa. — H o z e r J.: Co dało lekarzom i ubezpieczonym wprowadzenie „lekarza domowego“ w ubezpieczalniach społecznych (dok.).

Pielęgniarka Polska. Nr 10. 1936.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Z. 11. 1936.

OCENY.

Endokrine Geschwülste und andere Abhandlungen. (Nowotwory hormonalne i inne rozprawy). Przekład z angielskiego. F. PARKES WEBER. F. Enke verlag. Stuttgart, 1936. Str. 192. Cena 8.60 RM.

Książka jest zbiorem artykułów, które ukazały się w angielskim piśmiennictwie lekarskim. Autor, z powołania filozof, z wykształcenia lekarz, dał ogółowi lekarskiemu książkę, którą każdy z przyjemnością i pożytkiem przeczyta. Tylko pierwszy referat o nowotworach gruczołów dokrewnych jest pracą kliniczną, omawiającą zmiany w układzie wewnątrz-wydzielniczym, przy nowotworach kory nadnercza, substancji rdzennej nadnercza *(paraganglioma)*, przysadki, szyszynki, jąder, jajników, trzustki, tarczycy i grasicy. Dołączona tablica przeglądowa umożliwia szybkie zorientowanie się w zespole wewnątrz-wydzielniczym przy nowotworze danego gruczołu.

W pozostałych artykułach, rozmaitość poruszonych tematów jest naprawdę ogromna. Dla przykładu podaję kilka tytułów: „Co to jest choroba“, „Zagadnienie zadań eugeniki“, „Podział chorób, ich istota i uwagi o celowym ich leczeniu“, „Samobójstwo i eutanazja“, „Dwie jednostki chorobowe uwarunkowane modą — bladnica i chroniczny rumień podudzi *(erytrocyanosis frigida crurum feminarum*“, „Okrucieństwo w legendzie i snach“.

Autor, długoletni kierownik oddziału wewnętrznego German-Hospital w Londynie, wielki erudyta, każde zagadnienie ujmuje w sposób zajmujący, oryginalny w tonie jak gdyby gawędy. Nie ma spraw banalnych w medycynie — wszystko zależy od ujęcia. Uczy nas tego książka Webera, będąca naprawdę przyjemną i zmuszającą do myślenia lekturą. *Rawicz* (Morszyn).

Die Vererbung innerer Krankheiten. (Dziedziczność w chorobach wewnętrznych). Wilhelm WEITZ. Ferd. Enke Verlag Stuttgart 1936.

Znaczenie konstytucji dla powstawania lub nie powstawania znacznej większości chorób, nie ulega dziś już żadnej wątpliwości. Ponieważ zaś konstytucja osobnicza zależna jest od dziedziczności, istnieje dziedziczna lub rodzinna skłonność do pewnych chorób, lub dziedziczna wobec nich odporność. Wartość praktyczną tego faktu dla eugeniki, zrozumieli przede wszystkim Niemcy, poświęcając mu wiele pracy i uwagi oraz wysnuwając zeń tak daleko idące wnioski, jak przymusowe ubezpłodnienie.

Książka Weitza przedstawia wyniki dotychczasowych badań dziedziczenia skłonności do chorób wewnętrznych. Materiałem są bądź to własne badania autora, prowadzone od lat piętnastu, bądź to piśmiennictwo, dotyczące szczególnie bliźniaków jedno-i dwujajowych.

Na niespełna dwustu stronach, omawia autor w sposób bardzo rzeczowy i krytyczny, choć nieco suchy, rolę dziedziczności w blisko stu odrębnych jednostkach chorobowych. Niesposób więc streścić wniosków, różnych oczywiście dla każdej jednostki. Rola skłonności dziedzicznej, zaznacza się nie tylko w takich schorzeniach jak krwawiączka, migrena, podagra, alkaptonuria itp., lecz nawet w wielu chorobach zakaźnych. Przemożny jest wpływ dziedziczności w gruźlicy, w której zakażeniu ulegają wszyscy, chorują zaś dziedzicznie obciążeni. Weitz cytuje przypadki równoczesnego pojawienia się i zupełnie podobnego przebiegu gruźlicy u bliźniaków, żyjących daleko od siebie. W sprawie schorzeń takich jak rak i cukrzyca, w których dość ogólnie przyjmuje się znaczenie czynnika dziedzicznego, wypowiada się autor bardzo ostrożnie, gdyż ogromna częstość ich i występowanie niemal w każdej rodzinie, utrudnia ścisłe wnioskowanie. Ścisłość, krytycyzm i ostrożność w wysnuwaniu wniosków, cechują wogóle to wartościowe dzieło, które zyskałoby na nieco szerszym ujęciu i na dodaniu ogólniejszych rozważań teoretycznych.

T. Kielanowski (Lwów).

Zur Operationsanzeige beim Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür. (O wskazaniach operacyjnych wrzodu żołądka i dwunastnicy). H. v. HEBERER. Stuttgart. F. Enke, 1936.

Krótki (19 stronic), zwięzły wykład, oparty na ogromnym doświadczeniu, zdobytym na 3.556 własnoręcznie wykonanych operacjach żołądkowych. Rzec by można, testament jednego z najbardziej powołanych w tej materii chirurgów świata. Wykład jest tak zwięzły, że chcąc go streścić, należałoby go właściwie dosłownie powtórzyć. Ale pewne punkty wytyczne dadzą się w krótkich słowach ująć. A więc:

1) Leczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy w stanie początkowym, nawet gdy występują krwawienia, należy wyłącznie do internisty, który za pomocą diety i środków farmakologicznych może osiągnąć dobre wyniki.

2) Wrzód modzelowaty *(ulcus callosum)* stwierdzony radiologicznie, nie dający się wyleczyć środkami wewnętrznymi albo często nawracający, lub dający objawy zwężenia, należy bezwarunkowo operować.

3) Zespolenie żołądkowo-jelitowe należy wykonywać tylko wtedy, gdy stan ogólny chorego nie pozwala na podjęcie bardziej radykalnego zabiegu.

4) Wykluczenie odźwiernika, które daje ogromny odsetek wrzodów trawiennych jelita czczego *(ulcus pept. jejuni)* należy z arsenału operacyjnego zupełnie usunąć.

5) Wycięcie środkowej części żołądka *(Querresection)* uważa autor za zabieg nie prowadzący do celu.

6) Pozostaje więc jako jedyny i skuteczny zabieg rozległe wycięcie żołądka wraz z odźwiernikiem i *antrum pylori*, obejmujące całą schorzałą część żołądka. Zabieg ten daje najlepsze

trwałe wyniki i najmniejszą śmiertelność. Oczywiście warunkiem jest mistrzowskie opanowanie techniki i wypróbowana asysta. Jako metody operacyjne stosuje v. Haberer przede wszystkim Billroth I (Rydygier), a w wypadkach technicznie trudnych Billroth II.

7) Autor nie zaleca też operacji Finsterera (wycięcie żołądka z pozostawieniem wrzodu wysoko umieszczonego), gdyż przy dobrej technice zawsze udawało mu się usunąć i najwyżej usadowione wrzody.

8) W razie przebicia wrzodu do wolnej jamy otrzewnowej radzi wykonywać zasadniczo wycięcie z usunięciem wrzodu i *antrum pylori*, oczywiście tylko w wypadkach świeżych, gdy nie ma jeszcze objawów zatrucia lub ciężkiego zakażenia, oraz gdy siły chorego są wystarczające. W innych wypadkach należy ograniczyć się do zwykłego zaszycia lub nakrycia siecią otworu. Dodawanie zespolenia żołądkowo-jelitowego uważa za niepotrzebne i bezcelowe.

Książeczka bardzo cenna; powinna znaleźć się w ręku każdego chirurga. *St. Ruff* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Tematy ogólne.

Wpływ wysokiego ciśnienia na ciała organiczne i ciała uodparniające. A. MACHEBEAUF i J. BASSET. Bull. de la Soc. de Chemie Biolog. T. XVIII. Str. 1181.

Autorowie badali wpływ wysokiego ciśnienia na ciała organiczne, poddając kolejno żywe komórki ciśnieniu od 2 do 20 tysięcy atmosfer, komórki drobnoustrojowe i zaciery w nadziei uzyskania może w ten sposób ciał uodparniających. Wyniki tych badań są następujące: Ciśnienie wysokie działa podobnie jak inne czynniki fizyczne (ciepło, promieniowanie). Najpierw ulegają zniszczeniu komórki zwierząt wyższych i komórki nowotworowe, które nie wytrzymują ciśnienia powyżej 1.800 atm. Potem jady przesączalne i bakteriofagi wytrzymują ciśnienie 2.000 atm. ale tracą swoje własności pomiędzy 2 a 6.000 atmosfer. Drobnoustroje bez zarodników wytrzymują ciśnienie od 4 do 5.000 atm., zniszczone są przy 6.000. Białka ulegają koagulacji pod wpływem ciśnienia 7.000 atm. przy czym globuliny ulegają ostatecznej denaturacji nieodwracalnej, albuminy zaś dadzą się jeszcze rozpuścić. Zaciery i jady bakteryjne utrzymują swe własności aż do 9.000 atm., osłabiają się przy ciśnieniach wyższych. Niektóre wymagają 19.000 atm. do zupełnego zniszczenia. Wreszcie zarodniki prątków są najbardziej wytrzymałe i wytrzymują ciśnienie 20.000 atm. *(bac. subtilis).*

W ten sposób odróżnić można działanie toksyn i zacierów od działania jadów przesączalnych. które jak widać z powyższego, ulegają znacznie prędzej zniszczeniu. Podobnie i nowotworowe komórki niezdolne są do rozwoju, jeżeli się je poprzednio podda ciśnieniu powyżej 1.800 atm. co sprzeciwia się teorii zakaźnej nowotworów. Swoistość drobnoustrojów i swoistość surowicy wywołującej wstrząs, zatraca się około 4.500 atm. ciśnienia. *W. Moraczewski* (Lwów).

Patologia.

Odczyn na reumatyzm (BBF) na podstawie z górą 300 przypadków materiału klinicznego. H. BROKMAN, J. BRILL i J. FRENDZLOWA. Warsz. Czas. Lek. Nr 34, 1936.

Próba oparta jest na odczynie Bordet-Gengou. Wywoływaczem jest wodny wyciąg z wątroby dzieci zmarłych na ostry gościec stawowy. Odczyn wykonano na 178 dzieciach i 146 dorosłych. Spośród 133 chorych na gościec stawowy w 110 przypadkach odczyn dał wynik dodatni, w 23 — ujemny.

Także w szeregu innych przypadków odczyn był dodatni, co autorowie tłumaczą reumatyczną etiologią badanych schorzeń, współrzędnie istniejącą chorobą Bouillauda, bądź obecnością utajonego zakażenia reumatycznego, nie dającego objawów klinicznych. Odczyn ten, o ile zostanie potwierdzony, ma znaczenie w rozstrzygnięciu etiologii gośćcowej w przypadkach o wątpliwym klinicznym rozpoznaniu. *H. Weber* (Lwów).

Wpływ gruczołów wkrewnych i ich zmian na obraz krwi. A. OSWALD. Helvetica medica acta, 1935. T. 2. Z. 3. Str. 289 do 311.

Uwzględniając wyczerpująco piśmiennictwo omawia autor wpływ gruczołów wkrewnych na ilość i skład czerwonych i białych ciałek krwi. Wskazuje pobudzający wpływ tarczycy na erytropoezę, podkreśla przemijającą wielokrwinkowość w napadach tężyczki, odmawia gruczołom płciowym męskim wyraźniejszego wpływu na stan erytropoezy, podkreślając natomiast wydatne wahania liczby i jakości ciałek czerwonych zależnie od stanu czynności jajników (wielokrwinkowość ciążowa i przedmiesiączkowa, miesiączkowe wahania liczby płytek). Niedokrwistość ciążowa ma stanowić wyraz niedomogi wydzielniczej ciałka żółtego, — w przypadkach guzów, wychodzących z ciałka żółtego („luteinoma“) i w przedwczesnej dojrzałości płciowej (żeńskiej) stwierdza się znacznego stopnia wielokrwinkowość. Niedomoga czynnościowa nadnerczy przebiega z niedokrwistością (za wyjątkiem 3 dotychczas opisanych przypadków cisawicy z wielokrwinkowością), nadczynność z wielokrwinkowością, wyjątkowo nadnerczakom towarzyszy niedokrwistość mimo braku krwawień ustępująca po wyłuszczeniu guza. Zmiany we krwi po adrenalinie są trojakiego pochodzenia: przemieszczenie wody, skurcz śledziony i pobudzenie szpiku. Zaburzenia czynności przysadki przebiegają z wielokrwinkowością, spotykaną też w niektórych schorzeniach okolicy podwzgórkowej międzymóżdża. Wydzielanie grasicy i trzustki zdaje się pozostawać bez wpływu na stan erytropoezy. Śledziona wywiera na erytropoezę wpływ hamujący, a tę czynność śledziony reguluje międzymóżdże na drodze nerwowej. Opisany wpływ hormonów na stan krwinek czerwonych wydaje się dochodzić do skutku drogą pośrednią przez zmiany w równowadze kwasowo-zasadowej, wynikłe ze zmian w przebiegu procesów przemiany materii, każda kwasica bowiem, bez względu na swe pochodzenie przebiega z wielokrwinkowością.

O wiele trudniejszy jest do tłumaczenia wpływ układu wkrewnego na stan krwinek białych; zmiany w ich obrazie są następstwem zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej, zależnej od stanu napięcia układu wegetatywnego. Alkaloza zwiększa napięcie nerwu błędnego, kwasica — sympatycznego, dla sympatykotonii charakterystyczna jest neutrofilia nawet z przesunięciem w lewo, z aneozynofilią, w wagotonii neutropenia z limfocytozą i eozynofilią. Wpływ zaburzeń wydzielania tarczycy na pH soków ustrojowych jest nieznaczny, a charakterystyczny obraz krwi polega na zmianach konstytucjonalnych, ponieważ nie zmienia się po operacyjnym usunięciu tarczycy. Na limfocytozę tężyczkową składa się alkaloza i skurcz śledziony, towarzyszący tonicznym skurczom mięśni. Gruczoły płciowe wpływają w sposób niecharakterystyczny, w ich niedomodze spotykamy „wagotoniczny obraz krwi“, stałe są jedynie zmiany cykliczne, zależne od stanu czynności jajników cechujące się neutrofilią w *praemenstruum* i w ciąży i wagotonicznym obrazem podczas i po miesiączce i po porodzie. Leukopenia i limfocytoza cisawicy zależy częściowo od wagotonii i równoczesnego stanu grasiczo-limfatycznego. Adrenalina daje obraz sympatyko-toniczny stanowiący wyraz współczulnego zadrażnienia układu szpikowego, poprzedzony przejściową limfocytozą, wywołaną skurczem śledzony i innych skupień utkania chłonnego. Wagotoniczny obraz krwi w schorzeniach przysadki zależy raczej od towarzyszącego im stanu grasiczo-limfatycznego, niż od przysadkowej hiperhormonozy. Przerostowi grasicy towarzyszy limfocytoza, występująca przejściowo po wstrzyknięciu wyciągów z niej. Obraz krwi w schorzeniach trzustki zależy od zmian w równowadze kwasowo-zasadowej (neutrofilia kwasicowa). Śledziona działa hamująco na czynność układu szpikowego, jej wyłuszczenie wywołuje silny odczyn szpikowy. Szpik zwierząt pozbawionych śledziony oddziałuje silniej na bodźce leukotaktyczne, niż zwierząt zdrowych, podobnie kształtuje się reakcja na czynniki pobudzające erytropoezę. *B. Petryński* (Lwów).

Fosfor w surowicy i tężyczka. JAMES H. JONES. Journ. of biol. Chem. Vol. 115. 1936. Nr 2. Str. 371.

Po wycięciu przybłonkowych gruczołów spada ilość fosforu w moczu i zapewne narasta w surowicy. Wskutek tego następuje tężyczka. Jeżeli za pomocą Al lub Fe zwiążemy fosfor w formę nierozpuszczalną, to pomimo obniżenia Ca w surowicy tężyczka nie występuje. Jeżeli zwierzę pości i wskutek tego przez zniszczenie tkanek fosfor w surowicy wzrasta, to tężyczka występuje prędzej. *W. Moraczewski* (Lwów).

O rozdziale moczanów we krwi. JOHN H. TALBATT et JANE M. SHERMANN. Journ. of biol. Chem. Vol. 115. 1936. Nr 2. Str. 371.

Autorowie wykazują, że rozdział moczanów pomiędzy ciałka czerwone i surowicę przebiega równolegle z rozdziałem chlorków, świadcząc o prawie Gibbs-Donnan'a, to jest o zależności tego rozdziału od oddziaływania (pH) krwi. Im kwaśniejsza krew tym więcej kwasu moczowego i chlorków w ciałkach — (i zapewne w tkankach). Jeżeli zmniejszyć zakwaszenie, chlorki i moczany

wracają do surowicy i opuszczają ciałka. Tak samo zachowują się dodane sztucznie moczany. Przy pH 7.4 $\frac{\text{moczany krwinek}}{\text{woda krwinek}} - \frac{\text{moczany surow.}}{\text{woda surow.}}$ równa się 0.60. Zmiany podobne w rozmieszczeniu zachodzą przy utlenieniu krwi zawierającej moczany albo jej odtlenieniu. Wreszcie autorzy wykazują, że rozpuszczalność przekracza znacznie podaną przez Gudzenta i dochodzi do 1.63 mili-równoważnika na litr — a nie 0.5 jak podawał Gudzent.

W. Moraczewski (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Badanie odkażających hormonów wątroby. J. ASANO. The Tohoku Journ. T. 29. Nr 3. Str. 171. 1936.

Autor wspomina o pracach Sato-Saburady, którzy wykazali, że zatrucie uranowymi solami, nie prowadzi do śmierci, jeżeli wątroba jest sprawna *(high classed)*, natomiast zatrucie bywa śmiertelne przy niesprawności wątroby *(low classed)*. Te same doświadczenia powtórzono z kantarydyną ($HgCl_2$ zawsze prowadziło do śmierci). Przy sprawności wątroby znalazł autor nieznaczne podwyższenie mocznika krwi i 20% zgonów. Niesprawność prowadzi do 100% zgonów, a mocznik krwi wznosi się słabo aż do śmierci (40 mg do 112 mg). Kwaśna dieta powiększa jadowitość, zasadowa ją zmniejsza.

W. Moraczewski (Lwów).

Przyczynek do statystyki niedokrwistości złośliwej. H. TATARZYŃSKA. Medycyna. Nr 15. 1936.

Statystyka obejmuje 77 przypadków z rozpoznaniem *anaemia perniciosa* typu Biermera, zebranych w latach 1930—1934 na Oddziale Wew. Szpitala im. Prezydenta Mościckiego w Łodzi. Wśród chorych przeważały kobiety 49 (64%) w stosunku do mężczyzn 28 (36%). Największa ilość zachorowań przypada między 50—60 rokiem życia. Wśród chorych nie było ani jednego Żyda, coby potwierdzało zapatrywanie o większej odporności żydów na to cierpienie; jeśli chodzi o poszczególne zawody, to nie można wysnuć żadnych wniosków z uwagi na materiał Ubezpieczalni, przeważnie rekrutujący się z mas robotniczych. 28 chorych leczyło się z powodu nawrotu cierpienia, a rozpiętość okresu poprawy wahała się od 2 miesięcy do 9 lat. Najczęściej okres poprawy trwał pół roku. Śmiertelność wyniosła 9% (7 chorych). Ze zmian chorobowych w 68% stwierdzało się tzw. język Hunterowski, w 97% brak kwasu solnego, w 3% obniżenie jego poziomu, w 40% brak powiększenia wątroby, w 48% wyraźne jej powiększenie, w 77% wyraźne powiększenie śledziony, w 2.6% duszność bolesną wysiłkową, co zgadza się ze statystyką amerykańską, w 44% zmiany ze strony układu nerwowego (zaburzenia czucia, osłabienie albo zniesienie odruchów).

Ze zmian najbardziej charakterystycznych dla tego schorzenia stwierdzano: największy wskaźnik barwikowy 1.95 przy 30% Hb, leukopenię (najmniejsza ilość c. białych 1.950 przy 40% Hb, a c. czerw. 1,320.000) i limfocytozę. Najniższy poziom Hb wyniósł 20%, najmniejsza ilość c. czerw. 660.000. We krwi stwierdzono w 59% normoblasty, w 51% megaloblasty, w 90% megalocyty, w 90% anizocytozę i poikilocytozę, w 20% myelocyty, w 4% myeloblasty.

Miarą poprawy stanu chorobowego jest wzrost retikulocytów, który występuje między 5—10 dniem leczenia, a jest wyrazem aktywności krwiotwórczej szpiku kostnego. W leczeniu uwzględniano wątrobę i jej preparaty, ponadto w niektórych przypadkach preparaty żołądka.

St. Malczyński (Lwów).

Stosowanie novarsenobenzolu w nagminnym zapaleniu opon mózgowych. F. URBANOWICZ. Medycyna. Nr 15. 1936.

Autor powołując się na pracę Łipińskiego, który w r. 1927 zastosował novarsenobenzol w przypadkach posocznicy meningokokowej, przewlekającej się mimo skutecznego działania surowicy, stwierdza rzeczywiście — wprawdzie na małym materiale — wartość powyższego leczenia. 5 przypadków leczonych obok surowicy novarsenobenzolem, zakończyło się wyleczeniem, podczas gdy z 9 chorych, nie leczonych nim, zmarło 3.

Autor przypuszcza, że novarsenobenzol przyspiesza rozpad dwoinek Weichselbauma i poleca wypróbowanie tego środka na większym materiale, zwłaszcza w przypadkach ciężkich.

St. Malczyński (Lwów).

Leczenie zachowawcze wrzodów żołądka i dwunastnicy. K. GERNER. Medycyna. Nr 16. 1936.

W poglądowej pracy autor zatrzymuje się przy leczeniu zastępczym pepsyną, antygenami lipoidowo-proteinowymi, wydobytymi ze śluzówki zdrowego żołądka (które mają zastępować brak hipotetycznych ciał w śluzówce żołądka, a broniących ją przed działaniem soków trawiennych), histydyną (zastępującą brak kwasów aminowych wskutek niestrawienia białka), oraz omawia leczenie objawowe. Tu na pierwszy plan wysuwa konieczność leżenia przez pewien okres czasu i leczenie novoprotyną (krystaliczne białko roślinne) celem podniesienia sił obronnych ustroju, z czym — jak stwierdzono — łączy się nierzadko i poprawa stanu miejscowego. Z innych sposobów leczenia autor omawia metodę głodzenia, odżywiania sondą dwunastnicową Einhorna, odżywianie doodbytnicze, dzisiaj zarzucone z wyjątkiem kroplówek z cukru gronowego, w końcu leczenie dietetyczne i środki farmakologiczne. Do leczenia uzdrojowiskowego należy zaliczyć Morszyn, którego wody przez regulacyjne działanie wydzielania soku żołądkowego, przynoszą w tym cierpieniu rzeczywistą ulgę.

St. Malczyński (Lwów).

Badania pellagry. FR. LUCKSCH. Ztschr. f. kl. Med. Bd. 130. Str. 32—59.

Badania przeprowadzano w Czerniowcach, Opawie i Pradze. Autor dochodzi do wniosku, że pellagra nie jest odrębną jednostką chorobową, lecz zespołem objawów i to ze strony narządów powstałych z ektodermy i entodermy. Choroba pojawia się w okolicach, gdzie kukurydza jest głównym pożywieniem; wskutek spożywania kukurydzy, powstaje forma pokarmowa pellagry. Najlepszym dowodem, to pojawienie się pellagry z chwilą zaprowadzenia spożywania kukurydzy i przeciwnie, znikanie w tych okolicach, w których panowała endemicznie od setek lat, jeżeli zaprzestano odżywiać się kukurydzą. Prawdopodobnie, prócz kukurydzy, grają tu rolę inne czynniki szkodliwe, pokarmowe. Z drugiej strony pellagra występuje w następstwie chorób mózgu i umysłowych, jest to forma mózgowa pellagry. Obie formy mają cechę wspólną: zaburzenia w wydzielaniu żołądka, w większości przypadków obniżenie wydzielania kwasu solnego, w niektórych pobudzenie wydzielania. Zaburzenie wydzielania kwasu solnego powoduje zaburzenia w trawieniu, lub we wchłanianiu, co w następstwie daje zmiany nerwowe i skórne. Według autora, tylko w ten sposób można sobie wytłumaczyć, dlaczego ta sama choroba powstaje raz wskutek spożywania kukurydzy, innym razem w chorobach systemu nerwowego. Zaburzenie w wydzielaniu kwasu solnego powoduje osiedlanie się pałeczek okrężnicy w jelicie cienkim i obecność indykanu w moczu. Występuje niedostateczne wchłanianie witamin (B_2). Dlatego usiłowano leczyć pellagrę pozajelitowym podawaniem witaminy B_2, jednak syntetyczna witamina B_2 *(Lactoflawin)* nie dała żadnych wyników, a naturalna, zawarta w preparacie wątrobowym *(Campolon)* dała pewną poprawę.

Z niedokrwistością Biermera ma pellagra pewne punkty styczne: zaburzenie wydzielania żołądka, *glossitis* z następowym zanikiem, zwyrodnienie sznurów tylnych rdzenia, a według badań autora jeszcze obecność pałeczek okrężnicy w jelicie cienkim, oraz indykan w moczu. Różnice wyraźne zachodzą w obrazie cytologicznym krwi: w pellagrze niedokrwistość jest nieznaczna, częściowo typu hipo-, częściowo hiperchromicznego i przeważnie mierna leukocytoza, w obrazie sekcyjnym w pellagrze uderzają przede wszystkim zmiany zapalne przewodu pokarmowego i brunatne zwyrodnienie narządów, w niedokrwistości Biermera niedokrwistość i tłuszczowe zwyrodnienie narządów.

Na podstawie całości obrazu należałoby stosować w pellagrze nie preparaty wątrobowe, lecz z błony śluzowej żołądka, szczepionki przeciw pałeczkom okrężnicy i witaminę B_2 (pozajelitowo), kukurydzę należy zastąpić innym środkiem spożywczym.

Autor radzi zająć się pokrewnymi pellagrze (dyspepsia, pałeczki okrężnicy w jelicie cienkim) chorobami: *sprue* i zaburzeniami pokarmowymi u osesków.

H. Długosz (Lwów).

Przyczynek do swoisto-dynamicznego działania pokarmów. Kliniczna wartość zwiększenia ilości kaloryj po jednakowym śniadaniu. A. SYLLA. Ztschr. f. kl. Med. B. 130. Str. 60—73.

Mówi się o swoisto-dynamicznym działaniu białka, a powinno się mówić o swoisto-dynamicznym działaniu pokarmów, gdyż podaje się zawsze pokarmy złożone, nie tylko białko. Badania autora dotyczą wpływu różnych składników pokarmów na przemianę gazową. Wyniki: sam widok pokarmów, w następstwie którego występuje obfite wydzielanie śliny i soku żołądkowego, nie zwiększa przemiany. Pokarm skąpo-kaloryczny (300 g jarzyn o wartości kalorycznej 50) daje zwiększenie przemiany okrągło o 5%, wskutek żucia, ruchów żołądka i wydzielania gruczołów. Po węglowodanach (wagi około 350 g o wartości 900 kaloryj) występuje wzmożenie przemiany po 1 godz. + 21 do + 34%, po 2 godz. + 14 do + 34%, po 3 godz. + 6 do + 30%, co na kalorię węglowodanową wynosi + 0,0257%. Po tłuszczu

(100 g masła, 100 g chleba, o wartości 900 kaloryj) wzmożenie przemiany nieznaczne, na każdą kalorię wynosi 0,0124%. Po białku największe wzmożenie na kalorię wynosi 0,0372—0,0392%. Autor podawał następnie „próbne" śniadanie, wynoszące połowę kaloryj powinnej przemiany, o składzie 30% węglowodanów i białka, 40% tłuszczu. Śniadanie przygotowane było zawsze smaczenie, co ma ważne znaczenie. U 10 osób zdrowych stwierdził po wyżej podanym śniadaniu wzmożenie przemiany ponad 20%.

H. Długosz (Lwów).

Podwyższenie poziomu soli i mocznika a obniżenie albumin we krwi chorych z silnie krwawiącym wrzodem żołądka. J. G. G. BORST. Ztschr. f. kl. Med. B. 130. Str. 74—96.

Podobnie jak Sanguinetti, Christiansen, Sucić, Meyler i inni stwierdził autor podwyższenie poziomu mocznika we krwi po ciężkich krwotokach żołądkowych. Główną przyczyną tego zjawiska (Sanguinetti) jest rozpad krwi w przewodzie pokarmowym. Następnie brak płynu i upośledzona czynność nerek może utrudniać szybsze obniżenie poziomu mocznika we krwi. Zgodnie z wymienionymi autorami stwierdził Borst u wszystkich sześciu zbadanych chorych po silnym krwotoku żołądkowym podwyższenie poziomu chloru we krwi. Jeżeli w takim stanie podano doustnie lub podskórnie roztwór soli, to nie stwierdzono jej wydzielania z moczem, lub tylko znikome wydzielanie. Ponieważ brak było wogóle lub były tylko nieznaczne objawy niedomogi nerek, trzeba przyjąć dla wytłumaczenia podwyższenia poziomu chloru we krwi, podwyższenie progu wydzielania. W ciężkich przypadkach może wystąpić zupełne zatrzymanie wprowadzonej soli z objawami zatrucia, dlatego nie należy podawać zbyt dużych ilości soli kuchennej chorym po krwotokach. Ani niedokrwistość, ani obniżenie poziomu albuminy, ani wysuszenie organizmu, ani wydzielanie większej ilości mocznika nie może podwyższać progu wydzielania dla chloru. Przypuszczalnie wchodzą w grę wpływy hormonalne, przede wszystkim zwiększenie wydzielania adrenaliny i kortyny.

H. Długosz (Lwów).

Patologia grasicy u dorosłych. B. ERCKLENTZ. Kl. W. Nr 39. Str. 1393—1397.

Analiza kliniczna przypadku którego morfologię opisał Meister. Autor dochodzi do wniosku, że nabłoniak limfatyczny grasicy powoduje zmniejszoną odporność przeciw zakażeniom i prowadzi do myastenii.

B. Petryński (Lwów).

Wydzielanie kwasu solnego w żołądku chorych na cukrzycę po insulinie. H. ALBERS. Kl. W. 1936. Nr 39. Str. 1397—1403.

W toku podawania insuliny, kwasoty treści żołądkowej nie rosną, u chorych na cukrzycę bez podawania insuliny pojawia się po pierwszych zastrzykach insuliny wolny kwas solny (z wyjątkiem przypadku bezsoczności opornej na histaminę), lecz te zmiany kwasot żołądkowych ustępują w miarę przeciągania podawania insuliny i zjawiają się po ponownym zastosowaniu insuliny po dłuższej przerwie.

B. Petryński (Lwów).

Klinika i patogeneza pierwotnej niedokrwistości niedobarwliwej. H. KAPP. Helv. Md. Acta. T. 2. Z. 4. Str. 49—505.

Autor omawia istniejące poglądy na pochodzenie tej jednostki klinicznej którą spotyka się dość często (około 4% wszystkich niedokrwistości) i zaznacza, że żelazo działa jako czynnik zastępczy, a nie pobudzający. Ujmowanie tego schorzenia jako wyraz niedoboru czynnika B w diecie nie jest uzasadnione, przyczyną są zaburzenia we wchłanianiu żelaza, wywołane zmianami czynności wydzielniczej żołądka.

B. Petryński (Lwów).

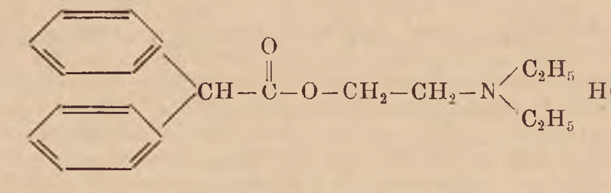
Leczenie częstoskurczu napadowego. E. BIRK, H. LETHAUS i N. PLÜGGE. Fortschr. der Therapie. 1936. Z. 3. Str. 129.

Autorowie opisują dokładnie leczenie częstoskurczu napadowego. Podczas badań stwierdzono, że środki, jak naparstnica, strofantyna, oraz Doryl Mercka, usuwają napad. Preparaty te mają prawdopodobnie ściśle określone wskazania i przeciwwskazania. Z doświadczenia wynika, że w ciężkich przypadkach długotrwałego częstoskurczu napadowego, w których inne środki zawiodły, skutek działania strofantyny i naparstnicy był szybki i długotrwały we wszystkich przypadkach z niewyrównanymi wadami serca, a we wszystkich przypadkach z wyrównanymi wadami serca, jakkolwiek duże dawki naparstnicy posiadają nadzwyczajny skutek, pierwszeństwo ma Doryl, którego skuteczne działanie występuje natychmiast i długo się utrzymuje. Tylko w jednym przypadku zatrucia tarczycznego Doryl nie działał, spostrzeżenie to poczyniono też i z innych stron.

J. Bader (Warszawa).

Trasentin. MEIER. Klin. Wschr. 1936. Nr 39. Str. 1403—1405.

Pod tą nazwą „Ciba" wyprodukowała syntetyczny ester dwuetyloaminoetanonolowy kwasu dwufenylooctowego,



który w analizie farmakologicznej wykazał działanie spazmolityczne silniejsze niż atropina. Działanie spazmolityczne tego środka jest podobne do działania atropiny (skurcze wagotoniczne) i papaweryny (skurcze mięśniowe).

B. Petryński (Lwów).

Próby kliniczne z nowym środkiem przeciwspastycznym „Trasentin". SALOW. Kl. W. 1936. Nr 39. Str. 1405—1406.

Autor uzyskał wybitne działanie spazmolityczne przy podawaniu od 0,05 do 0,15 na dawkę, w przypadkach różnych schorzeń przebiegających z napadami bólów spastycznych, przy czym nie stwierdzał objawów zaburzeń równowagi wegetatywnej, występujących po większych dawkach atropiny.

B. Petryński (Lwów).

Nabłoniak limfatyczny grasicy i myastenia. K. MEISTER. Kl. W. 1936. Nr 39. Str. 1389—1395.

Analiza anatomo-histologiczna przypadku guza grasicy *(lymphoepithelioma)* z przerzutami do żeber i mięśni i z licznymi, okołonaczyniowymi naciekami limfatycznymi w mięśniach, charakterystycznymi dla myastenii. Autor dochodzi do wniosku, że obecność limfocytów zarówno w guzie macierzystym jak i w przerzutach jest następstwem „limfotaktycznego działania" bujającego nabłonka. Myastenia jest według niego niemal stałym objawem w przypadkach guza grasicy tego typu.

B. Petryński (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Protokół posiedzeń z dnia 5 lutego, 18 marca i 1 kwietnia 1936 r. Sekcji do spraw szpitalnictwa Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia w sprawie przepisów dla budowy szpitali ogólnych.

Przewodniczył Dr B. Ostromęcki, Zastępca Dyrektora Departamentu.

Protokół prowadziła H. Rawicz-Szczerbo.

Po zagajeniu zebrania przez Przewodniczącego, który podkreślił wagę i konieczność wydania przepisów dla budowy szpitali ogólnych, referent sprawy inż. Heyman wyjaśnił podstawy prawne oraz zaznajomił zebranych z pracami przedwstępnymi.

Wydanie takich przepisów jest przewidziane w art. 320 i 330 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 lutego 1928 r. o prawie budowlanym i zabudowaniu osiedli (Dz. U. R. P. Nr 23, poz. 202) oraz art. 15 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr 38, poz. 382) i należy w myśl postanowień rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 21 maja 1932 r. (Dz. U. R. P. Nr 51, poz. 479) oraz rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 21 czerwca 1932 r. (Dz. U. R. P. Nr 52, poz. 493) do zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych łącznie z Ministrem Opieki Społecznej.

Projekt przepisów opracowany został przez Departament Służby Zdrowia, poddany dyskusji w gronie specjalistów lekarzy i architektów, w szczególności Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa. Następnie projekt, uzgodniony na kilku konferencjach z przedstawicielami Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, wchodzi pod obrady Sekcji.

Potem wywiązała się dyskusja ogólna, dotycząca rozszerzenia przepisów w kierunku objęcia nimi nie tylko szpitali ogólnych, lecz i specjalnych.

W wyniku dyskusji zebranie podzieliło słuszność poglądu przewodniczącego, że przepisy o tak dużym zakresie byłyby niepomiernie obszerne, przy tym zbyt drobiazgowe i z konieczności musiałyby krępować twórczość architektów; w związku z tym projektowane przepisy zawierać będą tylko minimum wymagań obowiązujących każdy szpital, z tym, że dla szpitali specjalnych zostaną wydane osobne przepisy, uzupełniające normy ogólne.

Ze względu na brak uzasadnienia zebrani na posiedzeniu w dniu 5 lutego 1936 roku prosili o rozesłanie uczestnikom uzasadnienia norm liczbowych.

Uzasadnienie takie zostało rozesłane i 47 pozostałych paragrafów przedyskutowano i przyjęto.

W wyniku szczegółowej i wyczerpującej dyskusji do poszczególnych paragrafów zostały wprowadzone formalne lub merytoryczne poprawki, w szczególności:

W całym projekcie rozporządzenia, celem uniknięcia wątpliwości, określenie „zakład leczniczy" zmieniono na „szpital".

W § 1 położono większy nacisk na budowanie systemem blokowym zamiast przestarzałego pawilonowego.

§ 10 uzupełniono ustępem o sztucznym oświetleniu w szpitalach.

W § 11 po długiej dyskusji poddano pewnej redukcji zaprojektowane pierwotnie kubatury i kwadratury.

Wprowadzono pewne zmiany i ujęto ściślej § 14, dotyczący ustępów, wanien, natrysków i umywalni.

W § 15 uzupełniono nomenklaturę pomieszczeń pomocniczych.

W dalszych paragrafach do § *22* włącznie wprowadzono drobne poprawki natury redakcyjnej, natomiast § *23* postanowiono całkowicie skreślić, jako zbyteczny.

W dalszych paragrafach do 36 włącznie wprowadzone są częściowe uzupełnienia i poprawki redakcyjne, natomiast § 37 uznany został za zbyteczny.

Poza drobnymi lub formalnymi zmianami w następnych paragrafach żywszą dyskusję wywołał § 47, omawiający sprawę mieszkań personelu i służby.

W wyniku tej dyskusji tekst § 47 został uzgodniony w sensie zapewnienia dostatecznego odosobnienia mieszkań od szpitala.

Treść § 48 o postanowieniach karnych zredagowana będzie przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, gdyż należy całkowicie do jego właściwości.

Pozostałe paragrafy przyjęto bez zmian.

W ten sposób materiał, stanowiący przedmiot dyskusji, został całkowicie omówiony, uzgodniony i wyczerpany.

Przewodniczący: *Dr B. Ostromęcki.*
Sekretarz: *H. Rawicz-Szczerbo.*

Protokół posiedzenia Sekcyj Higieny Psychicznej i Pielęgniarstwa Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z dnia 19 lutego 1936 r.

Na porządku dziennym: sprawa kursów dokształcających dla pielęgniarek społecznych.

Przewodniczący Dr Jan Adamski, Dyrektor Departamentu.

Protokół prowadzi H. Rawicz-Szczerbo.

Przewodniczący otwiera dyskusję nad zmianami, wprowadzonymi do programu kursów.

W dyskusji zabrał głos Prof. Dr Władyczko, żądając wprowadzenia do programu zagadnienia alkoholizmu i narkomanii, oraz p. Wanda Woytowicz-Grabińska w sprawie uwzględnienia w programie zagadnień opieki społecznej.

Przewodniczący: *Dr J. Adamski.*
Sekretarz: *H. Rawicz-Szczerbo.*

Protokół posiedzenia Komisji Sekcji opieki lekarskiej nad kalekami w dniu 26 lutego 1936 roku.

Na porządku dziennym:
1. Zatwierdzenie protokołu z dnia 18 grudnia 1935 r.
2. Projekt instrukcji.
3. Projekt broszury w sprawie kalectw uleczalnych.
4. Wolne wnioski.

Przewodniczy: Dr J. Adamski, Dyrektor Departamentu.

Protokół prowadzi: H. Rawicz-Szczerbo.

Po otwarciu zebrania przez Przewodniczącego Dr Zachert uzasadnia wytyczne instrukcji; chodziło o to, aby instrukcja była krótka i prosta i nie wdawała się w drobne szczegóły; niezmiernie natomiast trudno było ująć materiał w sposób schematyczny. Wobec trudności określenia kalectw umysłowych, ta kategoria kalectw została pominięta w instrukcji.

Ustawodawstwo nasze nie daje definicji kalectwa, co do inwalidów mamy pojęcie kalectwa, jako okaleczenie. Wobec trudności podania definicji ogólnej kalectwa, instrukcja podaje tylko opis poszczególnych rodzajów kalectw.

Doc. Dr Wojciechowski zaznacza, że kalectwo nie jest pojęciem określonym, zadaniem instrukcji jest stwierdzenie na mocy danych, ilu spośród kalek mogłoby być uleczonych i jaki wynik daje opieka nad nimi. Za kalectwo należy uważać stan trwałego upośledzenia cielesnego, obniżającego wartość społeczną jednostki oraz utrudniającego jej pracę zarobkową.

Prof. Dr Lauber porusza kwestię rejestrowania kalectw połączonych (np. głuchota i ślepota), dla których należałoby przewidzieć odpowiednią rubrykę w instrukcji.

Dr Kalina proponuje umieścić również zagrożenie kalectwem. Należy poza tym dodać rubrykę, czy chory jest ubezpieczony.

Dr Zachert jest przeciwny wprowadzaniu oddzielnej rubryki dla kalectw złożonych na karcie rejestracyjnej, natomiast będzie to mogło być uwzględnione w zestawieniach statystycznych. Definicję kalectwa zamiast w instrukcji należy podać w samym zarządzeniu.

W dyskusji szczegółowej *do § 1* Sekcja wypowiedziała się za umieszczeniem kalectwa narządu ruchu na pierwszym miejscu oraz skreśleniem kalectw umysłowych.

Do § 2 uchwalono dodać nowy punkt o brzmieniu następującym: „czy ma zapewnioną opiekę lekarską".

Do § 3. Prof. Lauber porusza kwestię rozróżnienia ślepoty zupełnej i ślepoty praktycznej. Przy ślepocie praktycznej liczenie palców następuje na odległość do 1 m; taka jednostka potrzebuje pewnej opieki (np. w Niemczech otrzymuje 25% zasiłku na opiekę). Jednostka niedowidzi, gdy może liczyć palce na odległości od 1 do 3 m. Opieka społeczna dla takiego dorosłego jest inna, niż przy ślepocie praktycznej; dzieci, które niedowidzą, muszą być kształcone w klasach dla niedowidzących.

Granica widzenia musi być podniesiona do *2/10*, kwalifikowanie do ostatniej grupy musi być dokonane przez lekarza okulistę, należy również brać pod uwagę pole widzenia i bystrość wzroku.

Dr Zachert wyjaśnia, że terminy z § 4 nie są naukowe, ale są stworzone dla praktycznych celów; dla tych celów trzeba rozróżniać 3 kategorie: definitywne kalectwo, średnie i małego stopnia lub zagrożenie kalectwem.

W myśl poprzednich założeń prof. dr Laubera proponuje następujący podział: 1) ślepota zupełna, *2)* ślepota praktyczna, 3) niedowidzenie.

Prof. Lauber nadmienia, że przy rozszerzeniu grupy 3 do liczenia palców na 6 m można będzie obliczyć, ile należy mieć zakładów dla ociemniałych, ile dla niedowidzących, co jest ważne w szczególności ze względu na dzieci niedowidzące. Zwraca uwagę na dzieci niedowidzące, które w szkołach przy wspólnej nauce są balastem dla dzieci zdrowych i winny być oddzielone od nich. Ponadto nadmienia, że możliwości pracy dla dorosłych z tej grupy są bardzo ograniczone.

Po dyskusji Sekcja ustaliła granicę widzenia dla grupy 3 — liczenie palców z odległości 6 m.

Do § 8. Prof. Dr Erbrich proponuje zamiast wyrazu „siły" użyć wyrazu „sprawność", skreślić wyrazy „tykający zegarek" i przyjąć jako źródło głos osoby mówiącej. W pkt. *2* zamiast zegarka wstawić wyrazy następujące: „mowy przytoczonej tuż przy uchu". W pkt. *2* skreślić wyraz „wcale". Z punktu widzenia praktycznego zamiast metrów użyć wyrazów „zwykła odległość", jeżeli jednak odległość ma być bliżej oznaczona, to należy ją określić na 6 m.

Wobec powyższego przemówienia Dr Zachert proponuje ustalić następujące kategorie: 1) głuchota zupełna, *2)* głuchota praktyczna, tj. nie słyszy mowy z odległości 1 m, 3) niedosłyszenie, jeśli nie może rozróżnić słów z odległości 6 m.

Do § 10. Prof. Dr Erbrich proponuje zamiast wyrazów: „charakter wady rozwojowej" użyć pojęcia, czy kalectwo wrodzone czy nabyte, i podać przypuszczalne tło (np. kiła).

Dr Ostromęcki zaznacza, że określenie to dla nie-specjalistów będzie trudnym zadaniem.

Do § 11. Prof. Dr Erbrich zaznacza, że w szkołach dzieci jąkające się zarażają dzieci zdrowe.

Dr Wojciechowski proponuje ustalić 3 kategorie: 1) nie mówi, *2)* nie może porozumieć się z otoczeniem, 3) posiada wady wymowy (jąkanie).

W wyniku dyskusji Sekcja wypowiedziała się za podziałem tego kalectwa na 3 grupy: 1) dotknięte niemotą zupełną, *2)* niemota praktyczna, 3) mowa niezrozumiała.

Do § 15. Dyskusję wywołuje kwestia, czy w poszczególnych paragrafach należy wyszczególnić stopień zagrożenia kalectwem, czy też dać ogólne omówienie w § 1.

Dr Kalina zaznacza, że chodzi tu o początkujące stadia.

Dr Zachert wyjaśnia, że definicja kalectwa nie obejmuje momentu zagrożenia, zagrożenie należy ująć w § 1 i nie pominąć tej kwestii w poszczególnych paragrafach.

Do § 16. Doc. Dr Wojciechowski zaznacza, że można by użyć określenia: „albo wykazuje zmniejszoną używalność części ciała".

Do § 18. Dr Kalina proponuje dodać w pkt. A wyrazy „wystąpiły samorzutnie".

Do § 19. Dr Tubiasz proponuje dodać w kartach rejestracyjnych pkt. 5: „inne kalectwa“, pkt. 6: „uwagi o stanie zdrowia“. Jeżeli chory będzie badany przez specjalistę, należy dać rubryki: „orzeczenie specjalisty“.

Dr Ostromęcki proponuje umieścić w kartach rubrykę dla innych uwag i wyjaśnienie w piśmie okólnym.

2. Projekt broszury.

Dr Zachert wyjaśnia, że Dr Reklewski, który się podjął opracowania broszury o kalectwach, zachorował.

W dyskusji zaproponowano, aby poszczególne działy broszury zostały opracowane przez specjalistów: oko — prof. Lauber, mowa i słuch — prof. Erbrich.

3. W wolnych wnioskach poruszono konieczność utworzenia stowarzyszenia, mającego za zadanie badania całokształtu zagadnień, związanych z kalectwem. Celem opracowania statutu wyłoniono Komisję w składzie: Dr Kaliny, Doc. Dr Wojciechowskiego, Dr Zacherta.

Przewodniczący zaznacza, że po opracowaniu statutu pożądane byłoby, aby komisja powyższa porozumiała się z odpowiednimi Ministerstwami.

Doc. Dr Wojciechowski porusza ponadto kwestię stworzenia w Warszawie bezpłatnej przychodni w sprawie kalectw, która stworzyłaby w przyszłości ośrodek krystalizacyjny w tym kierunku.

Przewodniczący: *Dr J. Adamski.*
Sekretarz: *H. Rawicz-Szczerbo.*

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 19 lutego 1936 roku.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr. Aleksander Oszacki.

Przewodniczący proponuje, aby członkowie korzystali ze „skrzynki życzeń“, mogą koledzy zwracać się w sprawach praktycznych z zapytaniami w sprawie przypadków, wątpliwości rozpoznawczych lub leczniczych.

Dr. Szczeklik i Dr. Kowalczykowa *wygłaszają wspólny odczyt pt.: „Przebieg zawału mięśnia sercowego ze stanowiska klinicznego i anatomo-patologicznego na podstawie obserwacji na Oddziele I B. i Zakładu Anatomii Patologicznej U. J.“.*

Dr. Szczeklik w odczycie swym pt.: *„Przebieg kliniczny zawału mięśnia sercowego“ przedstawia klinikę zawału mięśnia sercowego na podstawie 16 przypadków* (w czym 4 przypadki sekcyjnie stwierdzone) badanych na Oddziele I B. Szpitala św. Łazarza.

U chorych tych można było wyróżnić wszystkie opisywane objawy, charakterystyczne dla zawału m. sercowego, nie znajdowano tylko nigdy cukromoczu, ani (w przypadkach badanych) hipoglikemii. W jednym również przypadku, dotyczącym chorego z wadą serca (tętnicy głównej i zastawki dwudzielnej i niemiarowością zupełną) nie było ani spadku ciśnienia, ani wzniesienia gorączki (przypadek sekcyjny). Przyspieszone opadanie krwinek stanowiło bardzo cenny objaw rozpoznawczy.

Dwa przypadki zawału mięśnia sercowego przebiegały pod postacią zapalenia osierdzia (opisanego przez Pawińskiego), jeden z nich został stwierdzony sekcyjnie, drugi chory wyzdrowiał.

Nie widziano przypadków zawału mięśnia sercowego bez bólu.

Jako następstwo zawału mięśnia sercowego stwierdzono w jednym przypadku pęknięcie lewej komory, w drugim przypadku tętniaka komory lewej.

Śmiertelność w naszych przypadkach wynosiła 25%.

Zmiany Ekg. były bardzo charakterystyczne i wykazywały już to T kopulaste, już to T wieńcowe, deniwelację odcinka S-T. We wszystkich prawie przypadkach widziano zmiany załamka Q, w I i II lub w III i II odprowadzeniu (Q głębokie), które występowały albo ze zmianami S-T albo T.

Umiejscowienie zawału w przedniej lub tylnej ścianie lewej komory można było zawsze stwierdzić na podstawie charakterystycznych zmian opisanych załamków Ekg w odprowadzeniu I lub III.

Leczenie stosowano w myśl ogólnie przyjętych zasad.

(Streszczenie własne, całość ukaże się w druku).

Dr. Kowalczykowa w odczycie swym p. t.: *„Zawał mięśnia sercowego ze stanowiska anatomii patologicznej“ przedstawia na podstawie materiału sekcyjnego Zakładu Anatomii Patologicznej U. J. obraz anatomiczny przypadków, obserwowanych klinicznie na Oddziale I B. i wogóle anatomię patologiczną zawału mięśnia sercowego i zmiany, jakim zawał taki ulega.*

Z przyczyn wywołujących powstanie zawału mięśnia sercowego omawia szerzej miażdżycę tętnic wieńcowych oraz powstające na tle toksycznym zmiany martwicze w ścianie naczyń. W dalszym ciągu omawia powstawanie zawałów na tle zatorów, wreszcie zmiany martwicze w mięśniu sercowym, których przyczyną jest niestosunek pracy mięśnia sercowego do jego ukrwienia. Obraz anatomiczny zmian powstających w mięśniu sercowym oraz ustąpienie ich zależą nie tylko od zmian w ścianie naczyń wieńcowych, ale także od stopnia rozwoju połączeń naczyniowych (anastomoz), od stanu napięcia ściany naczyniowej, od pracy mięśnia sercowego oraz od miejscowego ukrwienia i ogólnego zasobu krwi.

Wykład (przeznaczony do druku) był ilustrowany licznymi preparatami makroskopowymi i mikroskopowymi.

W dyskusji: Prof. Wachholz mówi o przypadkach nagłej śmierci z zatoru.

Przed dwoma tygodniami Prof. W. orzekał w przypadku śmierci nagłej jednego z dwu ludzi, którzy popadli ze sobą w czynny konflikt. Sekcja wykazała zator tętnicy wieńcowej. Rodzina nie dała wiary pierwszemu rozpoznaniu biegłych, sąd zwrócił się do Prof. W., który rozpoznanie pierwotne potwierdził. Zatory najczęściej zdarzają się w zakresie lewej komory serca.

Poza omawianym przypadkiem Prof. W. przypomina, ogłoszony zresztą, przypadek zakrzepu w związku z zatruciem tlenkiem węgla. Bezpośrednio po otruciu chorego odratowano, czuł się dość dobrze, dopiero po 2 tygodniach zasłabł ponownie, zgłosił się do szpitala, gdzie wkrótce zmarł nagle. Sekcja wykonana w Zakładzie Medycyny Sądowej wykazała duże zmiany martwicze w sercu wskutek zakrzepu. Zakrzep pochodził ze skrzepu w uszku. Tlenek węgla działa prawdopodobnie w ten sposób, że zwiększa krzepliwość krwi. W przypadku tym po 2 tygodniach jeszcze stwierdzić się dało obecność tlenku węgla we krwi, nie ulegało więc wątpliwości, że skrzep spowodowany był zatruciem tlenkiem węgla.

Prof. Dr. Oszacki. Kwestia zawałów mięśnia sercowego z punktu widzenia praktyka leży w obrębie zagadnienia dusznicy bolesnej. Im więcej mówimy o zakrzepach i zawałach, tym mniej o dusznicy bolesnej, która jak gdyby wychodziła z obiegu. Przeglądając teorię powstawania dusznicy bolesnej (skurcz naczyń, aortalgia itd.) widzimy, że ostał się na pewno jeden powód — zaburzenie krążenia w mięśniu sercowym. Dotyczy to przede wszystkim naczyń dużych, ale też i małe naczynia mogą dawać zakrzepy i zawały, mogące być podkładem anatomicznym dla napadów dusznicy bolesnej. O częstości ich świadczy obecność małych zmian bliznowatych w mięśniu sercowym, jakie nierzadko spotykamy. Nieduże zmiany anatomiczne mogą dawać wybitne odchylenia w obrazie elektrokardiograficznym. Jako przykład podać można obserwowany u nas przypadek niedużego uszkodzenia igłą mięśnia sercowego, gdzie na elektrokardiogramie wypadły duże zmiany.

W dyskusji: Dr. Landau podnosi, że w pierwszych godzinach zawału nierzadko wykazać można podniesienie ciśnienia krwi. Wspomina, że przy zawale należy badać ciepłotę w odbytnicy, gdyż z powodu słabego ukrwienia skóry w następstwie wstrząsu, ciepłota w pasze może być niższa niż normalnie, podczas gdy badaniem w odbytnicy wykazać można podniesienie ciepłoty.

Kol. Szczeklik: Niektóre zawały umiejscowione zwłaszcza w przedniej ścianie serca nie dają wyraźniejszych zmian w obrazie elektrokardiograficznym, jako strefy tzw. elektrycznie nieme. Być może, że dodatkowe odprowadzenia np. przednio-tylne sprawę tę wyjaśnią. Dalej podkreśla Kol. Szczeklik ważność załamka Q w zawałach mięśnia sercowego. Omawia dalej przypadek padaczki u młodego człowieka, który miewał bóle o charakterze dusznicowym. EKG wykazywał głębokie Q III i Q II przy wieńcowym T III.

W dyskusji zabiera także głos Kol. Kowalczykowa.

Sekretarz: *Dr. Dziuba.*

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół III posiedzenia naukowego odbytego dnia 7 lutego 1936 r.

Przewodniczy: Kol. Andrzej Pohorecki.

1. Kol. Chodowicki przedstawił przypadek *lymphadenosis aleucaemica,* będący w obserwacji Kliniki Lekarskiej od 2 lat, interesujący ze względu na atypowy przebieg i związane z tym trudności w rozpoznaniu różniczkowym. Przed 2 laty brodawczakowatość żołądka i jelit na tle przerostu utkania lim-

fatycznego, od roku eozynofilia we krwi dosięgająca 20%. W ostatnim miesiącu żółtaczka i puchlina brzuszna. Całokształt przebiegu schorzenia i badania dodatkowe w szczególności badanie histopatologiczne dwukrotnie wyciętego gruczołu, każą jednak rozpoznać *lymphadenosis aleucaemica* a dużą liczbę ciałek białych kwasochłonnych przypisać należy zmianom skórnym, które wystąpiły przed rokiem *(prurigo lymphatica).*

2. Kol. Petryński *przedstawia chorą leczoną w Klinice Lekarskiej przed 5 laty z powodu choroby Basedowa o ciężkim przebiegu, która obecnie zgłosiła się z objawami zupełnie rozwiniętego obrzęku śluzakowego.*

Obrzęk śluzakowy w przypadku tym został uznany za następstwo wyczerpania się pierwotnie intensywnie nadczynnej tarczycy.

W dyskusji: Kol. Goldschlag wspomina o rzadkich przypadkach obrzęku śluzakowego ograniczonego *(myxoedema circumscriptum).*

3. Kol. Hornung St. omawia *torakoskopię i torakokaustykę w leczeniu odmą piersiową gruźlicy płuc,* na podstawie sześciu przypadków, w których wykonano na oddziale gruźliczym Kliniki Wewnętrznej w ostatnich tygodniach usunięcie zrostów opłucnowych metodą Jacobeusa. Polega ona na przepalaniu żegadłem platynowym, rozżarzonym do czerwoności prądem elektrycznym *(galwanokaustyka)* zrostów, stanowiących przeszkodę w skutecznym przeprowadzeniu leczenia zapadowego gruźlicy płuc odmą piersiową.

Demonstruje chorych, zdjęcia rentgenowskie ich płuc oraz obrazy torakoskopowe tych przypadków, wykonane przez Kol. Lewickiego T.

Prelegent wypowiada w końcu następujące uwagi:

Jak mieliśmy sposobność się przekonać, zabieg torakoskopii nie przedstawia szczególnego niebezpieczeństwa dla chorego. Przedstawiłem wszystkie bez wyjątku przypadki operowane w ostatnim okresie w naszej Klinice i nie zataiłem żadnego z poważniejszymi powikłaniami. Wszędzie niemal zaznacza się zasadniczy zwrot w ustosunkowaniu się ftizjologów na korzyść torakokaustyki. Doświadczenie wykazuje bowiem, że przy odpowiedniej technice i zachowaniu aseptyki, powikłania mogą być bardzo rzadkie.

Jako przykład zmiany zapatrywań na tę kwestię przytoczę prof. Morelliego, kierownika Instytutu Forlaniniego w Rzymie, który w czasie mego stosunkowo krótkiego, bo kilkumiesięcznego, pobytu w Instytucie zmienił zasadniczo swe stanowisko w tej kwestii. Z początku głosił bowiem, że w celu usunięcia zrostów należy stosować nawet bardzo wysokie ciśnienie przy dopełnianiu odmy piersiowej, gdyż niekiedy w ten sposób zrosty ulegają przedarciu. Pod koniec mego pobytu stwierdził w publicznym wykładzie, że dziś, gdy technika torako-kaustyki i — skopii poczyniła już takie postępy, należy coraz częściej stosować ten sposób usuwania zrostów, jako mniej niebezpieczny od stosowania wysokich ciśnień odmowych.

Doświadczenie uczy, że około 20—30% wszystkich przypadków, nadających się do leczenia odmą wymaga zabiegów uzupełniających, należy więc bacznie kontrolować każdy przypadek odmy promieniami Roentgena (dziś należy uważać za błąd prowadzenie tego leczenia bez kontroli rentgenowskiej), by móc się zorientować w czas o skuteczności tego postępowania.

Nie zawsze wystarczy również samo prześwietlenie; w niektórych przypadkach, jak to miałem sposobność przekonać się, jedynie na zdjęciu można było niewątpliwie stwierdzić obecność cienkiego zrostu, który był przeszkodą w zapadnięciu się chorego płuca.

Dlatego należy wyrazić życzenie, by koledzy prowadzący odmę piersiową często prześwietlali i o ile możności wykonywali zdjęcia rentgenowskie w czasie tego leczenia, a w wypadku stwierdzenia obecności zrostów, przypadki te kierowali niezbyt późno do torakokaustyki. Co do czasu, w którym winno się wykonywać torakokaustykę, to za najodpowiedniejszy należy uważać okres między 2—3 miesiącem po rozpoczęciu leczenia odmowego. Oczywiście w niektórych przypadkach wskazanie do tego zabiegu może istnieć i bezpośrednio po założeniu odmy.

Nie wszystkie znów przypadki, wyglądające na podstawie obrazu rentgenowskiego za nadające się do kaustyki, okażą się takimi w torakoskopii. Zrosty, w których przebiegają grubsze naczynia krwionośne (sam miałem możność oglądania takich zrostów) oczywiście nie mogą być kauteryzowane. Niemniej jednak bardzo wiele zrostów nadaje się do kaustyki, a jeżeli dzięki temu zabiegowi około 20—30% chorych może być skutecznie leczonych odmą piersiową, możemy śmiało powiedzieć, że operacja Jacobeusa zdobyła sobie prawo obywatelstwa i że bez niej w obecnej chwili trudno wyobrazić sobie racjonalną kolapsoterapię, będącą zasadniczą metodą w zwalczaniu gruźlicy płuc.

W dyskusji zabrał głos Kol. Węgrzynowski.

4. Kol. Włodzimierz Musiał wygłosił odczyt pt.: *„O badaniu czynnościowym wątroby"*. (Rzecz ukaże się drukiem w P. G. L.).

W dyskusji zabrał głos Kol. Ziemilski.

Sekretarz: *Zbigniew Żurowski.*

Protokół IV posiedzenia naukowego odbytego dnia 14 lutego 1936 roku.

Przewodniczy: Kol. Andrzej Pohorecki.

1. Kol. Stefan Ermich *przedstawia z Oddziału Chirurgicznego Dzieci Państw. Szpitala Powszechnego dwa przypadki z ginekologii wieku dziecięcego.*

Pierwszy, to przypadek krwawienia z jajnika. Dotyczył on chorej 14-letniej, przyjętej na Oddział z powodu typowych objawów ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, trwających od około 6 godzin. Chora miesiączkowała od około pół roku, zupełnie prawidłowo, ostatnia miesiączka przed z górą 3 tygodniami również prawidłowa. Badanie przedmiotowe chorej ustaliło rozpoznanie w kierunku ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Zabieg operacyjny wykonał ordynator Oddziału Doc. Dr W. Dobrzaniecki. Stwierdzono wówczas, że wyrostek robaczkowy był bez zmian zapalnych, zauważono natomiast na jego końcu obecność krwi, która skierowała natychmiast uwagę operatora na narządy miednicy małej. Na powierzchni jajnika prawego widoczna była szczelina około pół cm długa, z której sączyła się powoli krew. Szczelina ta prowadziła do torbielkowatego zagłębienia, wielkości grochu, wypełnionego skrzepem krwi. Na szczelinę tę założono kilka szwów i w ten sposób zatamowano krwawienie. Badanie histologiczne skrawka pobranego ze ściany tegoż torbielka wykazało, że wewnętrzna jego ściana zbudowana była z kilku warstw wielkich, jasnych, obrzękłych komórek, które mogły odpowiadać okrągłym komórkom luteinowym. W kilka godzin po zabiegu operacyjnym wystąpiła miesiączka, miernie obfita, która trwała 3 dni. Zresztą przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy.

Przypadek ten należało zaliczyć do tzw. krwawień z ciałka żółtego. Było ono jeszcze zbyt skąpe, by dać kliniczny obraz skrwawienia, przebiegało zaś pod postacią ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Prelegent omówił następnie wszelkiego rodzaju krwawienia z jajników, podnosząc, że krwawienie z ciałka żółtego, jak w przedstawionym przypadku, obserwowali w najmłodszym wieku, bo u 10-letniej chorej Dove i Wendel, z kolei Beck u $14^1/_2$-letniej. Przedstawiony zaś przypadek dotyczył chorej 14-letniej. Na zakończenie podkreślił prelegent praktyczną wartość dokładnego poznania obrazu chorobowego krwawień z jajnika, gdyż przebiegają one najczęściej pod postacią ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego i dlatego w przypadkach stwierdzenia podczas zabiegu operacyjnego wątpliwego stanu zapalnego w wyrostku robaczkowym, należy nawet u młodych dziewcząt oglądnąć uważnie przydatki.

Z kolei przedstawił prelegent *przypadek podsurowiczego wylewu krwawego trąbki prawej o niewyjaśnionej etiologii.*

Przypadek ten dotyczył chorej 12-letniej, będącej przed okresem pokwitania. Obraz kliniczny przedstawiał typowe objawy ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Zabieg operacyjny wykazał, że wyrostek robaczkowy był bez zmian, natomiast trąbka prawa przechodziła w części bańkowej w zgrubienie wielkości orzecha włoskiego, z małym otworem, z którego sączyła się krew. Poza tym żadnych innych zmian w narządzie rodnym ani na otrzewnej otoczenia nie stwierdzono. Zmienioną trąbkę prawą oraz wyrostek robaczkowy usunięto. Chora opuściła szpital wyleczona. Podłużny przekrój przez wyciętą trąbkę wykazał, że była ona zupełnie bez zmian, a tylko na jej ścianie przeciwległej przyczepowi krezki widoczny był pod otrzewną opisany wylew krwawy. Etiologii jego nie zdołało wyjaśnić ani badanie histologiczne, ani też inne badania dodatkowe. Żadnego czynnika urazowego nie zdołano w wywiadach ustalić.

Prelegent omówił następnie etiologię wszelkich krwawień w zakresie trąbki oraz wylewów krwawych pod otrzewną innych odcinków narządu rodnego i stwierdził, że w ramy etiologii tych krwawień powyższy przypadek nie da się umieścić. Na zakończenie podniósł prelegent, że etiologia w powyższym przypadku pozostała niewyjaśniona, jakkolwiek pochodzenia urazowego nie można było stanowczo wykluczyć.

W dyskusji: Kol. Fels: Odkąd wycięcie wyrostka robaczkowego stało się niemal operacją codzienną, słyszymy wprawdzie dość często o niepotrzebnie dokonanych operacjach, z dru-

giej strony jednak operacje te odkrywają nieraz najrozmaitsze rzadkie sprawy patologiczne, które trudno jest rozpoznać a które jednak wymagają laparotomii.

Dzięki temu wielu chorych operowanych z powodu mylnie rozpoznanego *appendicitis* zostaje uratowanych przed innymi rzadkimi, powikłanymi i nierozpoznanymi chorobami jamy brzusznej.

W obydwu przedstawionych przypadkach krwawienia z ciałka żółtego i podsurowiczego wylewu krwawego trąbki u małoletnich dziewcząt, wylewy krwawe były wprawdzie nieznaczne, lecz szczęśliwie wykonane operacje mogły te ukryte cierpienia radykalnie usunąć (streszczenie własne).

Kol. L e n c z o w s k i w sprawie pierwszego przypadku podnosi wątpliwości co do przyczyny krwawień z jajnika. W szczególności nie można ze 100-procentową pewnością wykluczyć ciąży zamacicznej, gdyby nawet wynik badania drobnowidowego nie stwierdzał obecności elementów jaja płodowego. Przyjmując jednak dziecięcy wiek chorej, brak silniejszego krwawienia, które w ciąży jajnikowej prawie zawsze jest obfite, należałoby się raczej skłaniać, jak to zresztą już podkreślił Kolega, do przyjęcia rozpoznania krwawienia z ciałka żółtego, aczkolwiek w zupełności ciąży zamacicznej wykluczyć nie można.

Co do drugiego przypadku, to ciąża zamaciczna mniej wchodziłaby w rachubę ze względu na bardzo nietypowe usadowienie się sprawy chorobowej (na zewnętrznej powierzchni trąbki) i na brak rozleglejszego zniszczenia otrzewnej trąbkowej, które prawie zawsze występuje w ciąży usadawiającej się na otrzewnej.

Ponadto w dyskusji zabierał głos Kol. O s t r o w s k i Tadeusz.

2. Kol. S z u m o w s k i *przedstawia przypadek raka krtani, operowanego wewnątrzkrtaniowo.*

3. Kol. G r u c a *przedstawia przypadek utrwalonego zastarzałego zwichnięcia nawykowego rzepki.*

Zwichnięcia te powstają zwykle na tle wrodzonego niedorozwoju kłykcia zewnętrznego kości udowej, czasem występują dziedzicznie i rodzinnie. Widzi się je w postaci:

1) lekkiej — bez wyraźniejszych zmian w szkielecie — zwichnięcia występują sporadycznie i cofają się same po wyprostowaniu kończyny;

2) średniej — zwichnięcia występują częściej, niedorozwój kłykcia kości udowej jest znaczniejszy, zwykle istnieje mniej lub więcej zaznaczone kolano koślawe. Zwichnięcia te mają skłonność do przejścia w nieodprowadzalne;

3) ciężkiej — zwichnięcia początkowo rzadsze, później występują przy każdym zgięciu kończyny, stosunkowo szybko stają się nieodprowadzalne, prowadzą do daleko posuniętych zmian wtórnych.

Leczenie zwichnięć nawykowych rzepki musi być operacyjne. W przypadkach lżejszych stosowano zabiegi plastyczne na torebce stawowej lub przeszczepianie na przyśrodkowy brzeg rzepki jednego z mięśni zginaczy.

W średnich wykonuje się zwykle osteotomię kości udowej, przy istnieniu kolana koślawego i ewentualnie przesunięcie guzowatości kości piszczelowej z więzadłem rzepkowym ku stronie przyśrodkowej.

W cięższych stosowano, prócz innych zabiegów, operacyjne uniesienie niedorozwiniętego kłykcia zewnętrznego kości udowej.

U przedstawionego chorego, K. K., lat 21, dolegliwości wystąpiły około 18 roku życia. Przedtem był zdrów zupełnie. W rodzinie również nikt na nogi nie cierpiał. Początkowo zwichnięcie występowało sporadycznie, potem coraz częściej a po kilku miesiącach stało się nieodprowadzalne. Chory nie mógł chodzić, ani klęczeć. W ostatnich miesiącach podobne dolegliwości wystąpiły w drugim kolanie.

Przy badaniu przed 5 miesiącami stwierdzono zastarzałe nieodprowadzalne zwichnięcie rzepki kolana prawego na zewnątrz. Kończyny w całości są zniekształcone, jakby nadwichnięte w kolanach na zewnątrz. Dolny koniec kości udowej jest zniekształcony. Na kolanie lewym rzepka daje się przy nacisku odprowadzić na kość udową, zeskakuje jednak natychmiast.

U chorego wykonano przed 5 miesiącami zabieg rekonstrukcyjny. Staw otwarto z cięcia zagiętego, przebiegającego pionowo wzdłuż zewnętrznego brzegu ścięgna mięśnia czworogłowego, rzepki i więzadła rzepkowego a następnie zaginającego się poziomo na przedniej powierzchni podudzia. Z cięcia tego oddzielono rzepkę od głowy bocznej mięśnia czworogłowego i oddłutowano przyczep więzadła rzepki, cały płat łącznie z rzepką uniesiono ku stronie przyśrodkowej i ku górze, odsłaniając w ten sposób dolny koniec kości udowej. Koniec ten był zniekształcony: kłykieć zewnętrzny niski i płaski opadał ku stronie zewnętrznej. Rowek międzykłykciowy prawie nie istniał. Kłykieć przyśrodkowy w górnym odcinku nie był pokryty chrząstką a torebka stawowa przyczepiona była na kości udowej tuż przy linii środkowej; rzepka miała kształt miseczki wklęsłej od strony tylnej.

U chorego wyrzeźbiono rzepkę, nadając jej przekrój trójkątny, zbliżony do prawidłowego. Powierzchnię ranną rzepki pokryto odwróconym płatem torebki stawowej, nadmiernie wyciągniętej po stronie przyśrodkowej. Następnie wytworzono nowe podłużne łożysko dla rzepki w osi kości między kłykciami kości udowej, pokryto je również płatem z torebki stawowej a oddłutowany przyczep więzadła rzepkowego przybito do kości piszczelowej na przyśrodkowo-przedniej jej krawędzi. Po odtworzeniu prawidłowego przebiegu mięśnia prostego, nadmiernie rozciągniętą przyśrodkową głowę mięśnia czworo-głowego przyszyto do zewnętrznej krawędzi ścięgna mięśnia prostego. Duży brak torebki stawowej po stronie zewnętrznej rzepki pokryto powięzią, przyszywając ją do zewnętrznego brzegu ścięgna mięśnia prostego i brzegu rzepki; skórę zeszyto na głucho.

Kończynę ustalono w opatrunku gipsowym. Rana zagoiła się bez powikłań. Po 4 tygodniach zdjęto gips i rozpoczęto stopniowe uruchamianie kończyny. Obecnie chory chodzi bez kulenia, wyprostowanie jest zupełne, wszystkie ruchy są wolne i niebolesne. Zarysy stawu nie są jednak prawidłowe, ponieważ rzepka jest płaska i mało wystaje ponad poziom kłykcia przyśrodkowego. Opisany zabieg jest na razie jedynym logicznym zabiegiem, umożliwiającym przywrócenie stosunków anatomicznych i fizjologicznych zbliżonych do prawidłowych.

4. Kol. F e l s *wygłosił wykład p. t.: Mors et ars moriendi (O śmierci i umieraniu).* (Drukowane w Polskiej Gazecie Lekarskiej Nr 7. 1936).

Sekretarz: *Zbigniew Żurowski.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a w dniu 8 stycznia 1936 roku.

Kol. A. M a r g o l i s *wygłosił referat p. t.: „O bólu wrzodowym żołądka".*

W dyskusji nad odczytem zabierali głos Kol. U r y s o n, K u n i g i D e n g e l.

Sekretarz: *Dr A. S. Tenenbaum.*

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a w dniu 22 stycznia 1936 roku.

1. Kol. W o ł y ń s k i wygłosił referat pt. *„Meningocele pochodzenia urazowego".* (Streszczenie własne).

Chora, lat 22, cierpi od dzieciństwa na ropotok prawego ucha. Przed kilku laty antrotomia. Po operacji ropotok trwał dalej. Chora znajdowała się pod moją obserwacją 3 lata i stale uskarżała się na dotkliwe bóle głowy. Podczas ostanich 6 miesięcy zauważyłem tętnienie dachu środkowego ucha. Samoistne bóle głowy, umiejscowione w kości skroniowej, wzmogły się do takiego stopnia, że konieczną się stała operacja doszczętna. Podczas operacji obnażyłem *meningocele* wielkości kurzego jaja; gdy torbiel została uszkodzona — wylały się 2—3 łyżki płynu mózgowo-rdzeniowego. Po operacji bóle głowy zupełnie ustąpiły i chora czuła się dobrze. W 6 tygodni po operacji nastąpił silny wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego. Wyciek ten co 5 lub 6 tygodni powtarzał się w ciągu 8 miesięcy. Po każdym wycieku rozcinałem twardą oponę tępym zgłębnikiem; miejsce rozcięte zalewałem jodyną i mocno tamponowałem. Od 8 miesięcy wyciek nie powtarza się więcej, chora czuje się zdrowa i pracuje.

Przebieg choroby tłumaczy się w ten sposób, że długotrwały stan zapalny spowodował zrosty opon mózgowych naokoło bocznej cysterny i drogi odprowadzające od niej płyn mózgowo-rdzeniowy do *sub-arachnoideum* zostały przerwane. W cysternie jednakże płyn mózgowo-rdzeniowy gromadził się i powiększał ciśnienie, a tym samym wypychał opony w kierunku ucha, gdzie kość była zniszczona procesem ropnym. Możliwe jest, że i przy pierwszej operacji kość została zniszczona. Leczenie przyczyniło się do pełnego zaniku *meningocele.*

W dyskusji: Kol. J a n i k zauważył, że opisany przypadek był raczej pochodzenia pozapalnego i pooperacyjnego, a nie urazowego. Opisał obserwowany przez siebie przypadek czysto urazowy: po wypadkowym uderzeniu w głowę z wypadnięciem opony mózgowej. Po leczeniu wypadnięcie cofnęło się i rana się zabliźniła.

2. Kol. J a n i k: *„Wyczekujące czy operacyjne postępowanie w ostrym krwotoku żołądka".*

Na zjeździe chirurgów niemieckich w r. 1897 ustalono leczenie krwotoków żołądkowych; mianowicie zalecono zgodnie z opinią Mikulicza — w gwałtownych krwotokach żołądka — leczenie

zachowawcze i wyczekujące, natomiast w skąpych, ale powtarzających się krwawieniach — postępowanie operacyjne.

Począwszy od r. 1918 ukazują się prace, usiłujące to postępowanie zmienić; głównie Finsterer zaleca w gwałtownych krwotokach żołądkowych natychmiastowy zabieg po dużej dawce przetoczonej krwi; zabieg wykonuje w znieczuleniu powłok brzusznych; śmiertelność pooperacyjna wynosi u niego 4%. Również Panchet, który do r. 1924 był zwolennikiem zachowawczego leczenia wspomnianego powikłania, obecnie operuje jak najwcześniej, by nie dopuścić do upadku sił chorego; śmiertelność ma jeszcze niższą, bo 3,5%.

W lutym roku 1935 poruszono to zagadnienie w Berlińskim Towarzystwie Chirurgicznym i przeciw operacyjnemu leczeniu wypowiedział się Sauerbruch i Nordmann, natomiast większość chirurgów poparła stanowisko Reschkego, referenta sprawy operacyjnego leczenia krwotoków żołądkowych. Wprawdzie Reschke ma stosunkowo wysoką śmiertelność, bo 16%, to jednak przypuszcza, że cyfrę tę będzie można obniżyć przy lepszym wyborze chorych; podkreśla on, że wprawdzie statystyki internistyczne wykazują zaledwie 5% śmiertelności, ale dotyczy to wszystkich krwawień żołądkowych, a więc i lekkich; jeśli uwzględnimy tylko ciężkie, gwałtowne krwotoki, to przekonuje się, że w tych przypadkach śmiertelność przy leczeniu zachowawczym dochodzi do 30%, a nawet 40%.

Nasz materiał operacyjny jest bardzo skąpy, bo zawiera zaledwie jeden przypadek, w którym z powodu ciężkich trwałych krwotoków w ciągu 8 godzin, stan chorego stał się groźny; po (masowym) podwiązaniu naczyń żołądka krwotok ustał; przyczyną krwotoku był mały wrzód przy wpuście; rentgenologicznie wrzód nie dał się uwidocznić.

Przypadek ten dał nam bodźca do przejrzenia materiału chorych z krwotokiem żołądka, leczonych w Oddziale Wewnętrznym Szpitala im. Prezydenta Mościckiego. Materiał ten udostępniono mi dzięki uprzejmości ordynatora oddziału prof. Minca. Materiał składał się z 51 chorych z krwawieniem żołądkowym, w tym było 10 przypadków gwałtownego krwotoku. Z tych 10 chorych zmarło dwóch (jeden z powodu skrwawienia, drugi z powodu zapalenia płuc); śmiertelność więc wynosi 20%.

Na podstawie tych danych dochodzimy do przekonania, że natychmiastowy zabieg operacyjny w gwałtownym krwotoku żołądka z powodu wrzodu, a zabieg wczesny w przypadkach krwotoków powtarzających się przy niepewnym rozpoznaniu — jest zupełnie usprawiedliwiony.

W dyskusji: Kol. Dengel wypowiedział się za zachowawczym leczeniem krwawień żołądka; za pomocą przetaczania krwi, powtórzonego w miarę potrzeby kilkakrotnie, daje się osiągnąć lepsze wyniki, niż po operacji. Sam nie obserwował przypadku, nadającego się do operacji. Widział dwie operacje tego rodzaju, wyniki ich jednak nie były zachęcające.

Kol. Margolis uważa również, że zachowawcze leczenie daje dobre wyniki, statystyki kliniczne nie przemawiają mu do przekonania, dużo bowiem krwawień nie dochodzi do obserwacji szpitalnej.

Kol. Janik uważa sprawę leczenia chirurgicznego krwawień żołądka za otwartą, nadającą się do dyskusji. Zabiegu operacyjnego nie należy się zbytnio obawiać i przy powtarzającym się krwawieniu trzeba go wykonać.

Sekretarz: *Dr A. S. Tenenbaum.*

Protokół posiedzenia w dniu 29 stycznia 1936 roku.

1. Kol. M. Dawidowicz wygłosił referat pt.: *„Przypadek rytmu węzłowego stałego"*.

2. Kol. Turyn: *„Z dziedziny odruchów narządowo-tonicznych"*.

Odruchy narządowe dowodzą tylko ostrości odczuwania, sposobu oddziaływania całego organizmu na bodźce bólowe. Nie są patognomoniczne dla cierpienia, które je wywołuje.

Określenie „odruchy narządoworuchowe" jest niewłaściwe; mięsień gładki czy prążkowany, będący miejscem zadziałania odruchu, znajduje się w stanie zwiększonego napięcia tonicznego, znanego dobrze w fizjologii mięśni gładkich. Odruch narządoworuchowy znaczy skurcz kloniczny. Dlatego właściwą jest nazwa podana przez referenta (np. dla *défense musculaire)*.

Do tej kategorii odruchów należy zaliczyć objaw zbaczania języka w stronę chorego płuca, podany w 1931 r. przez Kobrynera. Zbaczanie języka w stronę narządu chorego, bolesnego, spotyka się również dość często w cierpieniach narządów jamy brzusznej: woreczka żółciowego, wyrostka robaczkowego, żołądka, nerek, poszczególnych odcinków okrężnicy, jajników.

Zjawisko to znał już Charcot, uważał je za objaw histerii *(hemispasme lingual)*. Referent zastrzega się przeciwko przypisywaniu odruchom narządowym znaczenia rozpoznawczego. Pozwalają one raczej na wgląd w fizjologię bólu (autoreferat).

W dyskusji zabierał głos kol. Klozenberg.

3. Kol. L. Szyfman wygłosił odczyt pt.: *„Uwagi w sprawie leczenia chorób wątroby insuliną"*.

Prelegent w swym przemówieniu doszedł do następujących wniosków:

1) stosowanie insuliny w chorobach wątroby przy wydolnej trzustce teoretycznie nie jest dostatecznie uzasadnione;

2) w razie stosowania insuliny u chorych na wątrobę należy unikać hipoglikemii, która odbija się ujemnie na gospodarce węglowodanowej wątroby i jej zdolności obronnej.

Z powyższego wynika, że:

a) w przypadkach o niskim poziomie cukru we krwi insulina wogóle jest przeciwwskazana;

b) u osobników wychudzonych i w przypadkach ciężkich o niewydolnej wątrobie dawkowanie insuliny wymaga szczególnej ostrożności;

c) ponieważ wprowadzenie do ustroju jednorazowo dużej (ponad 40 g) ilości cukru wywołać może samoistne przecukrzenie lub nawarstwić się na hipoglikemię poinsulinową, wydaje się najodpowiedniejsze podawanie cukru w lżejszych przypadkach w częstych i małych dawkach doustnie, w cięższych zaś w postaci kroplówki, hipodermoklizmy, albo dożylnie; na szczególne uwzględnienie zasługuje lewuloza, którą chorzy na wątrobę lepiej asymilują, niż glukozę.

W dyskusji kol. Turyn zgadza się z poglądem kol. Szyfmanna na wątpliwą wartość leczenia insuliną cierpień wątroby. Dowodzą tego wszystkie badania, w których określano zawartość glikogenu w wątrobie po ostrym lub przewlekłym dawkowaniu insuliny. Z badań własnych kol. Turyna wynika, że w każdym wypadku insulina prowadzi do utraty glikogenu w wątrobie. Wstrząs adrenalinowy po insulinie, hamujący przyswajanie cukru w mięśniach, „scukrza" glikogen wątroby, a podczas zapaści poinsulinowej, w której spalanie cukru na obwodzie jest intensywne, materiału palnego dostarcza również wątroba. Przyswajanie glikogenu u ludzi zdrowych, odbywające się przy udziale insuliny własnej, regulowane jest fizjologicznymi dawkami wysyłanymi z trzustki. Dawki te są o wiele mniejsze, gdyż wydzielanie ich jest słabe i nie może być przyrównane do nawet małych dawek insuliny wstrzykiwanej jednorazowo.

Sekretarz: *Dr A. S. Tenenbaum.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 26 listopada 1935 roku.

1. Kol. Offenberg J., członek T-wa, *wygłosił odczyt p. t.: „Z teorii i praktyki kurczu wpustu (cardiospasmus): klinika i leczenie. Próba rozwiązania sprzeczności w nauce o „kurczu wpustu"*. (Streszczenie w poprzednim protokole).

Rozprawy: Kol. Kryński L., członek T-wa, stwierdza w swym przemówieniu, że leczenie kurczu wpustu żołądka stanowi jedno z najtrudniejszych zadań dlatego, że fizjologia wpustu jest dotychczas niewyjaśniona. Zaczynamy od leczenia wewnętrznego. Mamy szereg środków, działających na nerw błędny, czy współczulny, ale ze statystyki widzimy, że wyniki takiego leczenia są często ujemne. Drugą metodą leczenia jest mechanoterapia. Każdy z chirurgów posiada odpowiedni aparat gumowy, czy metalowy, przez wprowadzenie którego i rozszerzenie wpustu uzyskuje wyniki względnie pomyślne. Ale i w tym leczeniu są duże trudności. Często trudno jest wprowadzić zgłębnik do żołądka. Zwężenie bliznowate uniemożliwia wprowadzenie zgłębnika do żołądka. W tych przypadkach Kol. Kryński używał sposobu podanego przez jednego z francuskich autorów, a mianowicie robił gastrostomię, dawał do połknięcia grubą nitkę i przez pociąganie tej nitki, do której był przywiązany przyrząd gumowy rozszerzający, wprowadzał go do wpustu. Mechanoterapia daje wyniki względnie pomyślne. Gdy i to zawodzi, pozostaje jedynie leczenie operacyjne. Jest to zabieg przeważnie bardzo ciężki. Wykonywuje się tzw. ezofagogastrostomię i wtedy pokarm omija zwężenie przełyku i przedostaje się bezpośrednio do żołądka. Kol. Kryński robił jeszcze tzw. kardioplastykę, której wyniki są względnie pomyślne.

Kol. Mikułowski Wł., członek T-wa, stwierdza, że zagadnienie oświetlone przez referenta służyć może za przykład płodności doktryny Eppingera. W obliczu tej nauki można — podobnie jak przełyk — także i inne narządy, jak żołądek, serce, płuca traktować jako narządy neuro-waskularne i neuro-muskularne — i stosownie do tego rozpoznawać wagotonię żołądka, serca, płuc itd. Wiadomo, że odruchowy skurcz zwieracza Oddie-

go powodować może żółtaczkę *(ex emotione)*, a więc zapalenie wątroby. W patogenezie ostrego obrzęku trzustki, oprócz zakażenia woreczka żółciowego i oprócz wtargnięcia żółci do kanału Wirsunga, przypada także pewna rola patogenezie na drodze neuro-waskularnej, a mianowicie w przypadkach tzw. *pancreatitis traumatica*, powstającej po zabiegach operacyjnych w najbliższym sąsiedztwie (np. na woreczku żółciowym), kiedy na skutek urazu mimowolnego okolicy trzustki dochodzi na drodze neuro-waskularnej do skurczowego zamknięcia *(spasmus)* naczyń trzustki a następnie może dojść nawet do ostrego obrzęku trzustki, zgodnie zresztą z doświadczeniami na psach, u których przez zastrzyknięcie śródmięśniowe acetylcholiny, więc przez drażnienie nerwu błędnego, wywoływano w skutku ostry obrzęk trzustki (Couvelaire).

Także rozstrzenie oskrzelowe stanowią temat analogii z rozstrzeniami przełyku i odruchowym skurczem wpustu. Jeżeli referent, zgodnie z Lehmanem przyjmuje w skurczu odźwiernika mechanizm achalazji, tj. utraty odruchu zwieracza wpustu, to mówca pozwala sobie przypomnieć, że przed 4 latami w Warsz. Tow. Lek. na przykładach podzielił się swoją hipotezą patogenezy rozstrzeni oskrzelowej drogą tzw. elastopatii, która, zestawiona z achalazją, wykazuje bliskie pokrewieństwo pojęć, ponieważ jest również utratą odruchu skurczu i rozkurczu mięśni gładkich oskrzeli.

Również i w zewnętrznych mechanicznych przyczynach patogenetycznych rozstrzeni oskrzelowych i przełykowych istnieje pewna analogia, jak na to wskazuje rola ciała obcego, albo rola oparzeń iperytowych, które u tego samego osobnika mogą powodować rozstrzeń oskrzelową i rozstrzeń przełykową z następowym odruchowym kurczem wpustu.

W urologii istnieje również analogia poruszonego przez referenta tematu, jak na to wskazuje zagadnienie rozszerzeń moczowodów i następowych zwężeń odruchowych w cewce moczowej. Mówca przedstawił przed 8 latami przypadek gruźlicy nerek u chłopca z równoczesnym zwężeniem cewki moczowej, które było odruchem w stosunku do schorzenia nerki i moczowodu. Podobieństwo stanowi tzw. zespół Duvergey'a, w którym, w związku z zastojem moczu, dochodzi do owrzodzeń pęcherza, a w skutku do odruchowego zwężenia cewki moczowej. Są to wszystko analogie patogenetyczne i kliniczne do odruchowych kurczów odźwiernika. Takie same analogie spotyka się w rozdziale leczenia.

Na marginesie mówca pragnie dodać, że leczenie *cardiospasmus* powinno w pewnych przypadkach uwzględniać opoterapię, a także czasami leczenie przeciwkiłowe.

Kol. S ł a w i ń s k i Zdz., członek T-wa, dziwi się, że u nas w Polsce tak rzadko się widuje kurcz wpustu. Sam nie widział żadnego przypadku, któryby wymagał operacji. Może dzieje się to dlatego, że sprawa ta jest u nas tak mało znana, ale jeśli chorzy tak bardzo cierpią, że nie mogą łykać, to przypadki te nie powinny być przeoczone. Nie może więc mówić o dużym własnym doświadczeniu, ale dodaje słów kilka w sprawie leczenia i etiologii kurczu wpustu. Co się tyczy doświadczenia braci Mayo opartego na dużym materiale, to wyniki dodatnie zawdzięczają oni połykaniu nitki, przez naprężenie której łatwo wprowadza się przyrząd rozszerzający do wpustu. Ostatnio jednak i oni coraz częściej mówią o gastroenterostomii. W piśmiennictwie angielskim zjawiły się prace, które rzucają nowe światło na leczenie kurczów wpustu, a mianowicie chirurdzy angielscy przecinają oba nerwy (błędny i współczulny) i zwężenie wpustu znika. Jeden z chirurgów angielskich podaje statystykę 67 przypadków kurczów wpustu, które doprowadził do długotrwałej poprawy. Wznowa jest prawie rzeczą stałą, dlatego uważa, że leczenie przecięciem nerwu współczulnego stanowi niejako leczenie przyczynowe. Gałązka nerwu współczulnego odchodzi od *ganglion coeliacum* i biegnie wzdłuż tętnicy żołądkowej lewej. Wystarczy gałązkę tę przeciąć i skurcz przechodzi.

Kol. C z a r k o w s k i H., członek T-wa, zwraca uwagę, że przyczyną kurczu wpustu mogą być nie tylko schorzenia żołądka i dróg żółciowych, ale i schorzenia bardziej odległych narządów np. płciowych. Usunięcie tych schorzeń usuwa również skurcz wpustu, bez żadnych innych zabiegów. Mówca przypomina przypadek guza w okolicy nerki, który nasuwał podejrzenie roponercza. Chorą w stanie beznadziejnym przewieziono do Zakładu, gdzie wcale nie przyjmowała pokarmów i miała wymioty z powodu kurczu wpustu. Była leczona z tego powodu w klinice. U chorej znaleziono kamień w moczowodzie, po usunięciu którego wylała się ropa i od tego czasu chora przyjmowała pokarmy, jak zdrowy człowiek. Gdybyśmy mogli określić przyczynę choroby w każdym przypadku, to leczenie byłoby stokroć łatwiejsze. Co się tyczy zabiegów operacyjnych, to mówca uważa metodę Mikulicza za najprostszą i najlepszą.

Kol. Z a o r s k i J., członek T-wa, uważa za najtrudniejszą rzecz wyszukanie przyczyny kurczów wpustu. W referacie Kol. O f f e n b e r g a chodzi właśnie o wytłumaczenie, co wywołuje to schorzenie. Jeżeli się cofniemy do fizjologii, to przekonamy się, że cały przewód pokarmowy, aczkolwiek jest zależny od nerwu współczulnego i przywspółczulnego, to ma jednak własne unerwienie śródścienne, które wystarcza do wywołania ruchów danego odcinka, a nerwy współczulny i przywspółczulny są tylko do pewnego stopnia regulatorami właściwych ruchów. Doświadczenia te można przerobić na zwierzętach i w klinice. W doświadczeniach na psach stwierdzono, że po przecięciu jednego nerwu błędnego już zachodzą zmiany w napięciu żołądka, który się rozszerza. Po pewnym czasie kurczliwość żołądka wraca do normy. Jest to dostateczny dowód, że nerw błędny odgrywa rolę w korelacji ruchów żołądka, ale nie tylko od niego te ruchy zależą. Tak samo po wycięciu części jelita widzimy, że w miejscu zeszycia przez pewien czas odcinek jelita jest nieruchomy, ale po kilku tygodniach ruchy robaczkowe powracają, znaczy to, że odgrywają tu również rolę nerwy śródścienne. Skurcz wpustu można porównać ze skurczem odźwiernika. Skurcz odźwiernika może powstać na tle wrzodu żołądka. Może być i odwrotnie. Przypuśćmy, że jest owrzodzenie, które wywołuje skurcz odźwiernika. Nie zawsze ten skurcz jest tak duży, aby zatrzymywał papkę w żołądku. Jednak papka pozostaje w żołądku, mimo że przejście do dwunastnicy jest duże. Anatomo-patolog Dr. D ą b r o w s k a stwierdziła w przypadkach owrzodzenia żołądka zmiany w nerwach żołądka i na tym tle może dojść do skurczu odźwiernika. Owrzodzenie żołądka powstaje często na tle nieżytu żołądka, a nieżyt żołądka może spowodować nieżyt przełyku. Nacieki w ścianie przełyku mogą uciskać na nerwy i wywołać kurcz wpustu. Nacieki te dookoła nerwu a po pewnym czasie i w nerwie mogą spowodować zanik nerwu. Stąd dochodzi do kurczu, gdyż przez analogię można do pewnego stopnia stworzyć teorię mięśniowo-nerwową.

Jeśli chodzi o rzadkość występowania, to można fakt ten wytłumaczyć tym, że bardzo wiele przypadków kurczu wpustu jest leczonych w klinice laryngologicznej. Miałem możność opisać przypadek przedziurawienia żołądka, który przypisuję złej technice stosowania rozszerzaczy wpustu. Zabieg ten pociąga za sobą pewne niebezpieczeństwo. Mówca widział przypadek owrzodzenia i kurczu wpustu leczony gastroenterostomią z pomyślnym wynikiem. Metoda oszczędzania wpustu jest w tych przypadkach skuteczna, co również zgadzałoby się z teorią zapalno-nerwową, gdyż spokój prowadzi do wyleczenia sprawy zapalnej, nacieki giną i kurcz znika. Na zakończenie Kol. Z a o r s k i podkreśla jeszcze jeden fakt, że referenci przedstawiają swe prace zazwyczaj tak, jakby zagadnienia, które poruszają od ich prac się zaczynały. Referat Kol. O f f e n b e r g a zasługuje na wyróżnienie pod tym względem, gdyż uwzględnił wszystkie dotychczasowe zdobycze nauki i podniósł zasługi nauki polskiej.

W odpowiedzi: Kol. O f f e n b e r g J., członek T-wa: „przemówienia wszystkich mówców były cennym uzupełnieniem mojego referatu, a że poczynione przez nich uwagi nie stoją w sprzeczności z mojemi wnioskami, przeto odpowiedzi z mej strony nie wymagają. Chciałem tylko zaznaczyć, że pogląd Dr. Z a o r s k i e g o na źródło *„cardiospasmus"* tkwiące jakoby w zmianach splotu Auerbach'a w następstwie poprzedzających spraw nieżytowych w śluzówce wpustu, nie jest odosobniony i o tym w swym odczycie nadmieniłem. Przeciwko jednak tej koncepcji przemawiają inne spostrzeżenia, nie wykazujące żadnych zmian anatomicznych w splocie Auerbach'a, natomiast stwierdzające wybitne zmiany w nerwie błędnym, uciśniętym przez powiększony gruczoł chłonny. Dr. S ł a w i ń s k i e m u, gdyby był w tej chwili obecny na sali, zamierzałem odpowiedzieć, że jeśli badania Knighta na kotach były przeprowadzone bez popełnienia błędu technicznego i jeśli *sympathectomia*, wykonywana przez niego na chorych istotnie usuwała kurcz wpustu, tłumaczyłbym to działaniem nie bezpośrednim nerwu współczulnego na wpust, ale pośrednim przez poprawienie stanu ukrwienia w obrębie zwieracza. Podstawą do tego przypuszczenia mogą być doświadczenia Openchowskiego z wywoływaniem kurczu wpustu po anemizacji jego przez podwiązanie *art. coeliacae* oraz obserwacje Hurst'a nad kurczem wpustu u chorych z niedokrwistością ciężką *(hypoxaemia?)*.

2. Kol. R e i c h e r ó w n a E., członek T-wa, *wygłosiła odczyt p. t.: „Polska placówka w Chinach"*.

Rozprawy: Kol. S z e n a j c h Wł., członek T-wa, zna Kol. S z u n i e w i c z a, który przez kilka lat był asystentem prof. J a s i ń s k i e g o, a potem został skierowany do szpitala Karola i Marii w Warszawie gdzie pracował przez kilka miesięcy. Już w tym czasie ujawniło się jego usposobienie religijne. Był bardzo szczery, a praca jego nie była na pokaz. W pokoju, w któ-

rym mieszkał urządził sobie mały ołtarzyk. Już w Warszawie zajmował się pracą społeczną. Był kierownikiem stacji Opieki nad niemowlętami i przychodni dla matki i dziecka. Co się tyczy okulistyki, to musiał się potem w tym dziale specjalizować. Można temu człowiekowi wierzyć. Do Chin pojechał naprawdę z przekonania.

Kol. Cieszyński F., członek T-wa, dodaje kilka szczegółów z historii misji katolickiej w Azji. Misjonarze, zdaniem mówcy, poświęcają się równocześnie pracy charytatywnej. Św. Wincenty à Paulo, nim założył swój zakon, był wzięty do niewoli, w której cierpiał głód i nędzę. Było to w czasach, gdy po 30-letniej wojnie, która wyniszczyła Europę, warunki ekonomiczne były podobne do dzisiejszej epoki. Warunki te stwarzają ludzi wielkich i wielkie dzieła.

Ks. Dr. Szuniewicz był u nas pediatrą i nawet nie przeczuwał, że będzie się musiał zajmować okulistyką. Nie wspominał nic o tym, że się przeszkolił w okulistyce. Potrzeba uczyniła z niego okulistę. Dziś leczą się u niego, jako u dobrego okulisty, rodziny chińskich generałów, a lekarze chińscy pobierają naukę. Obecnie już ma pomocników, którzy pomagają mu w pracy. W ostatnich dwóch latach poświęcił się opiece nad matką i dzieckiem. W tym celu założył poradnię dla matki i dziecka oraz przytułek dla dzieci. Jeśli chodzi o pobudki, które nim kierowały przy podejmowaniu tej misji, to mówca wie z jego wynurzeń, że matka Dr. Szuniewicza jest bardzo pobożna i od dzieciństwa wychowywała go w pobożności i poświęceniu się dla ludzkości. Brat jego Witold, który długi czas pracował dla naszych emigrantów we Francji i był referentem w Min. Opieki Społecznej, pisywał artykuły do prasy polskiej, a ostatnio też wstąpił do misjonarzy i najprawdopodobniej będzie wysłany do Chin. Jeśli chodzi o znaczenie naszych misyj, to można przytoczyć, że głównym celem tych misyj jest niesienie bliźniemu w imię miłości Boga pomocy i to nasza misja spełnia szczerze i tak głęboko, że zdobyła już sobie najprzedniejsze stanowisko w świecie. Ks. Dr. Szuniewicza nazywają źródłem miłosierdzia i uważają go za człowieka nadziemskiego. Nastawienie jego jest istotnie bardzo wysokie. Ile Dr Szuniewicz zrobił dla imienia Polski, to mogą powiedzieć misjonarze, którzy tam pracują. Ks. Krause opowiadał, że całe Chiny dziś o Polsce wiedzą i dla Polski mają tyle uczucia wdzięczności, że przechodzi wszelkie pojęcie. Faktem jest, że doradcą przy rządzie chińskim jest Polak Falski, autor elementarza, a radcą sanitarnym jest Jugosłowianin. Ks. Szuniewicz wstąpił do misji w 1927 roku. Imię Polski w dalekich krajach jest głoszone również przez tych Polaków, którzy są doradcami rządów, jak np. w Liberii, gdzie po doktorze Babeckim stanowisko doradcy sanitarnego zajmuje Dr. Anigsztajn. Polacy niosą kulturę do narodów pogańskich drogą pokoju i pracy dla dobra ludzkości, przez co zyskują dobre imię. Nie przemocą i wojskiem, jak to czynią inne narody, lecz niesieniem pomocy można nawiązać stosunki kulturalne i materialne. Trzecią placówką jest akcja prowadzona przez polską misję OO. Jezuitów w południowej Afryce, skąd nadchodzą już zamówienia na wyroby przemysłu polskiego. Nasze placówki zagraniczne są pożyteczne, gdyż uczciwą pracą zarabiają na dobre imię Polski i być może przyczynią się do rozwoju ekonomicznego naszego kraju. W XVII w. był w Chinach ojciec Boim, który napisał książkę o roślinach chińskich i zielarstwie chińskim, a więc już w XVII w. Polacy pracowali na terenie chińskim i już wtedy wsławili dobre imię Polski.

Co się tyczy lekarstw, o nadsyłanie których koledzy są proszeni, to Dr. Szuniewiczowi chodzi nie tylko o środki przeciwkiłowe i oczne, ale i o chininę, gdyż w Chinach szerzy się zimnica.

Prezes: *Józef Skłodowski.*
Sekretarz Doroczny: *Józef Gackowski.*

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Protokół II posiedzenia wspólnie z Wileńskim Kołem Tow. Internistów Polskich odbytego dnia 20 stycznia 1936 roku.

Przewodniczy: Prof. Dr W. Jasiński przy udziale Prof. Dra A. Januszkiewicza.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.
2. Prof. Dr A. Januszkiewicz: *Kilka uwag w związku z referatami programowymi Zjazdu Internistów Polskich w Łucku we wrześniu 1935 r.*

Zjazd w Łucku był pierwszą próbą urządzenia zjazdu Tow. Int. Pol. w małym mieście. Próba wypadła pomyślnie zarówno pod względem naukowym, jak i towarzyskim może dlatego, że liczba uczestników była znacznie mniejsza, niż na poprzednich zjazdach i to ułatwiło zadanie miejscowemu Komitetowi Gospodarczemu. Przyczyną mniejszej liczby na Zjeździe w Łucku prelegent widzi w tym, że lekarze z prowincjonalnych ośrodków chętniej jadą na zjazd w dużym mieście uniwersyteckim niż w małym.

Następny Zjazd Tow. Internistów Polskich odbędzie się we Lwowie w 1937 r., jako część Zjazdu Lekarzy i Przyrodników. Tematami przyszłego zjazdu będą: Zaburzenia wegetatywno-dokrewne w zakresie chorób wewnętrznych. Część fizjologiczną omówi Prof. Dr Czubalski, część farmakologiczną Doc. Dr E. Leyko, klinikę omówi Doc. Dr Rejcherówna. Drugim tematem będzie klinika trzustki. Część fizjo-patologiczną omówi Prof. Dr Pelczar, klinikę wewnętrzną Dr Grott, chirurgię Prof. Dr Jurasz.

Przechodząc do strony naukowej Zjazdu w Łucku prelegent omówił temat marskości wątroby, jakim się przedstawił w oświetleniu referenta głównego, koreferentów oraz w dyskusji.

W sprawie następnych punktów porządku dziennego dzisiejszego posiedzenia, mianowicie referatów Dr med. Z. Marynowskiego i Prof. Dr A. Safarewicza, Prof. Dr A. Januszkiewicz zaznacza, że wiążą się one ze sprawą wprowadzenia w Szpitalu Obozu Warownego Wilno na Oddziale Wewnętrznym urządzeń pomysłu Pana Prezydenta Prof. I. Mościckiego, pozwalających na otrzymywanie w zamkniętych pomieszczeniach oczyszczonego i zjonizowanego powietrza, które jest podobne do powietrza górskiego i powinno zaważyć w znacznym stopniu na wynikach leczenia. Chodzi o zainteresowanie tą sprawą zarówno teoretyków, fizyków i chemików oraz higienistów i lekarzy praktyków dla wszechstronnego zbadania warunków, w jakich się chory dzięki wspomnianym urządzeniom znajduje.

3. Dr Z. Marynowski: *Aparatura zainstalowana na Oddziale Wewnętrznym Szpitala O. W. Wilno dla oczyszczania i jonizowania powietrza metodą Pana Prezydenta Prof. I. Mościckiego.*

Prelegent przedstawia przy pomocy rysunków urządzenie pomysłu Pana Prezydenta Rzeczypospolitej, pozwalające na upodobnienie powietrza w salach chorych do warunków panujących na wyżynach górskich, poza tym streszcza referat Pana Prezydenta wygłoszony na konferencji na Zamku Królewskim dnia 26 stycznia 1934 r.

4. Prof. Dr A. Safarewicz: *O wpływie zjonizowanego powietrza na ustrój wg referatów badaczy rosyjskich w Z. S. R. R.*

Prelegent przedstawia badania wpływu zjonizowanego sztucznie powietrza na ustrój w rozmaitych sprawach chorobowych. Badania te zostały opublikowane przez szereg autorów rosyjskich w osobnym wydawnictwie pod tytułem *„Problemy jonifikacji"*.

Przewodniczący: *W. Jasiński.*
Sekretarz: *J. Zienkiewicz.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

XIII Zjazd Oto-Laryngologiczny odbędzie się we Lwowie, w dniach 4—7 lipca 1937 r. w ramach XV Zjazdu Przyrodników i Lekarzy. Tematy programowe Zjazdu są następujące: 1) Gruźlica górnego odcinka dróg oddechowych. 2) Wskazania do operacji na błędniku. 3) Bóle głowy pochodzenia nosowego. — Pokazy i referaty, związane z tematami programowymi, z krótkim streszczeniem w języku polskim i francuskim należy zgłaszać na ręce Prezesa T-wa D-ra Czarneckiego (Warszawa, Zgoda 8) do dnia 1 kwietnia 1937 r., gdyż mają być one po wydrukowaniu rozdane uczestnikom przed Zjazdem.

Związek chirurgów czeskosłowackich urządza w dniach 6 i 7 grudnia br. w Bratislave zjazd, w którym poruszone będą następujące tematy: organizacja chirurgii wojennej, przetaczanie krwi, przerost sterczu i in. Zgłoszenia: Doc. Dr Konstantin Čársky, Klinika Chirurgiczna, Bratislave.

Od 7 do 16 grudnia 1936 r. w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie odbędzie się XI kurs trachomatologii i okulistyki społecznej dla lekarzy. Program kursu jest następujący: I. Część teoretyczna — 24 godziny wykładów na następujące tematy: 1) Rola medycyny zapobiegawczej w zwalczaniu jaglicy i ślepoty — 1 godz. — Dr W. Chodź-

ko. 2) Patologia jaglicy — 2 godz. — Prof. J. Lauber. 3) Objawy i przebieg kliniczny jaglicy — 2 godz. — Prof. W. Kapuściński. 4) Epidemiologia jaglicy — 1 godz. — Dr M. Zachert. 5) Rozpoznawanie i klasyfikacja jaglicy — 1 godz. — Dr M. Zachert. 6) Zasady leczenia jaglicy — 2 godz. — Dr M. Zachert. 7) Leczenie powikłań jaglicy — 1 godz. — Prof. W. Melanowski. 8) Nieżyty spojówki i rzeżączka oka — 1 godz. — Prof. W. Melanowski. 9) Kiła i gruźlica oka — 1 godz. — Prof. J. Szymański. 10) Leczenie schorzeń rogówki i tęczówki — 1 godz. — Prof. J. Abramowicz. 11) Pierwsza pomoc okulistyczna — 1 godz. — Prof. W. Melanowski. 12) Podstawy zwalczania jaglicy — 1 godz. — Dr M. Zachert. 13) Organizacja zwalczania i zapobiegania jaglicy — 2 godz. — Dr L. Rostkowski. 14) Przychodnie przeciwjaglicze, ich organizacja i metody pracy — 2 godz. — Dr L. Rostkowski. 15) Zapobieganie ślepocie — 1 godz. — Prof. W. Melanowski. 16) Opieka nad ociemniałymi — 1 godz. — vacat. 17) Propaganda przeciwjaglicza — 1 godz. — Dr M. Zachert. 18) Seminarium — 2 godz. — II. Część praktyczna 24—30 godzin zajęć praktycznych i demonstracyj na oddziałach i ambulatoriach ocznych w szpitalach oraz w przychodniach przeciwjagliczych miejskich ośrodków zdrowia pod kierunkiem ordynatorów. Kierownikiem kursu jest Dr M. Zachert. — Zgłoszenia na kurs przyjmuje Sekretariat Państwowej Szkoły Higieny (Warszawa, ul. Chocimska 24) do dnia 1 grudnia br. — W celu ułatwienia wysłuchania tego kursu lekarzom, prowadzącym przychodnie przeciwjaglicze oraz lekarzom powiatowym i samorządowym zatrudnionym przy akcji zwalczania jaglicy, Państwowa Szkoła Higieny będzie mogła z uzyskanego na ten cel z Ministerstwa Opieki Społecznej kredytu udzielić pewnej liczbie lekarzy stypendiów. Kandydaci winni wnosić podania wraz z poparciem właściwej władzy do Państw. Szkoły Higieny w terminie najpóźniej do 25 listopada br., przy czym do podania należy dołączyć: a) krótki życiorys, b) poświadczenie stwierdzające charakter zajmowanego stanowiska (kierownik przychodni przeciwjagliczej, lekarz powiatowy, miejski itp.). Pewna liczba uczestników kursu będzie mogła korzystać z Bursy Państwowej Szkoły Higieny. W dniu 8 grudnia 1936 r. odbędzie się posiedzenie Sekcji Jaglicy Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, w którym będą mogli wziąć udział uczestnicy kursu. Wygłoszonych zostanie szereg referatów na temat rozpoznawania oraz zapobiegania i zwalczania jaglicy.

Sekcja medycyny wewnętrznej XV Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich i XII Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich (Lwów, 4—7 lipca 1937). Z ramienia Komitetu Miejscowego zawiadamiamy, że na podstawie uchwały Zjazdu Internistów Polskich w Łucku, tematami głównymi Zjazdu będą: I. Klinika zaburzeń wegetatywnodokrewnych z zakresu dziedziny chorób wewnętrznych; fizjologia: ref.: Prof. Dr. F. Czubalski; farmako-dynamika: ref.: Doc. E. Leyko; klinika: ref.: Doc. E. Reicher. — II. Klinika trzustki. Fizjologia: ref.: Prof. Dr. K. Pelczar; klinika: ref.: Dr. J. W. Grott; leczenie operacyjne: ref.: Prof. Dr. A. Jurasz. W obradach nad tematami głównymi zgłosili również udział radiolodzy i chirurdzy. Wszelkie zgłoszone wykłady, niezwiązane z tematami programowymi odbędą się w sekcji głównej i podsekcjach a) medycyny doświadczalnej, b) fizjoterapii i hydrologii lekarskiej. Komitet uprasza prelegentów o zgłaszanie tytułów wykładów najpóźniej do 1 kwietnia 1937 pod adresem: Dr. St. Hornung, Lwów, ul. Pijarów 6. Krótkie streszczenia (20—30 wierszy maszynopisu) należy przesłać pod powyższym adresem najpóźniej do 1 maja 1937. Wykłady niezgłoszone w ten sposób nie będą mogły być umieszczone na porządku dziennym. Za Komitet Miejscowy: *Prof. Dr. M. Franke*, Przewodniczący. *Dr. St. Hornung*, Sekretarz.

Różne.

Z kraju.

W Warszawie została otwarta staraniem Towarzystwa „Trzeźwość“ nowa przychodnia przeciwalkoholowa. Warszawa posiada więc obecnie dwie tego rodzaju przychodnie.

Warszawska Ubezpieczalnia Społeczna wydała od stycznia do sierpnia br. włącznie 11,990.465 zł na świadczenia chorobowe.

W Łodzi ma stanąć dom dla ociemniałych dzieci, a w Muszynie otwarto już dom dla ociemniałych żołnierzy, liczący 60 miejsc.

Nagrodę Nobla otrzymali ostatnio: prof. H. Hallett Dale z Londynu i prof. Otto Loewi z Grazu.

Francja.

We wrześniu br. wydano rozporządzenie normujące handel lekarstwami i produktami farmaceutycznymi.

Niemcy.

Liczba lekarzy w Niemczech wynosiła w r. 1935 — 47.419, w tym 6% kobiet.

Austria.

Wiedeń jest jedynym miastem, które wykazuje najniższy na świecie przyrost naturalny. W roku 1935 było zaledwie 7 urodzeń na 1000 mieszkańców.

Szwajcaria.

Wydział Lekarski w Zurychu otrzymał 20.000 franków do celów naukowego badania cukrzycy.

Anglia.

W Londynie została otwarta klinika dla dzieci chorych na cukrzycę.

Japonia.

Statystyka ministerstwa spraw wewn. Japonii wykazuje, że otrucia w Japonii są częstą przyczyną śmierci. W r. 1935 uległo zatruciu 14.940 osób, z tego 8.515 zatruć w celach samobójczych, resztę zaś stanowią nieszczęśliwe wypadki. Dużo jest zatruć fosforem, rtęcią, cyjanem. Japonia jest jednym z państw, w których śmiertelność w wysokim odsetku jest spowodowana przez zatrucia.

W Japonii powstaje ministerstwo zdrowia publicznego na skutek życzenia ministerstwa wojny, które miało od roku 1921 do 1926 250 niezdolnych na 1000, w następnym pięcioleciu 350 — a w 1935 r. 400. Ilość gruźliczych wynosiła tu 2‰ w 1902 r. — obecnie wynosi 20‰.

Liczba urodzeń stale się zmniejsza: w r. 1932 — 1,000.868; w r. 1933 — 927.209; w r. 1934 — 809.224, czyli różnica między r. 1932 a 1934 wynosi 191.644.

Redakcja otrzymała:

G. Ménegaux et D. Odiette: L'ostéosynthèse au point de vue biologique. Wyd. Masson, Paryż 1936. Cena: 35 fr.

F. Lust: Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten. Wyd. Urban i Schwarzenberg, Berlin-Wiedeń 1936. Cena: 10 RM.

I. Glavan: Dijagnostika živčanih bolesti. Vlastita naklada, Zagreb, 1937.

R. Mathey-Cornat: Radiothérapie gynécologique. Wyd. Masson. Paryż, 1936. Cena: 60 fr.

P. Émile-Weil, P. Isch-Wall i *Suzanne Perlès:* La ponction de la rate. Wyd. Masson, Paryż, 1936. Cena: 35 fr.

J. Berger: Gestes et procédés techniques de chirurgie générale. Wyd. Masson, Paryż, 1936. Cena: 32 fr.

Th. Alajouanine i *R. Thurel:* Les spasmes de la face et leur traitement. Wyd. Masson, Paryż, 1936. Cena: 12 fr.

A. B. Marfan: Études sur les maladies de l'enfance. Wyd. Masson, Paryż, 1936. Cena: 30 fr.

Polskie monografie i wykłady kliniczne z dziedziny pediatrii. XXX—XXXI. M. Erlichówna i A. Festensztat: O błędnych rozpoznaniach w chorobach wieku dziecięcego na podstawie 1001 zestawień obrazów klinicznych z obrazami sekcyjnymi. Warszawa, 1936.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 12.—
za granicą . . . . zł 18.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.